

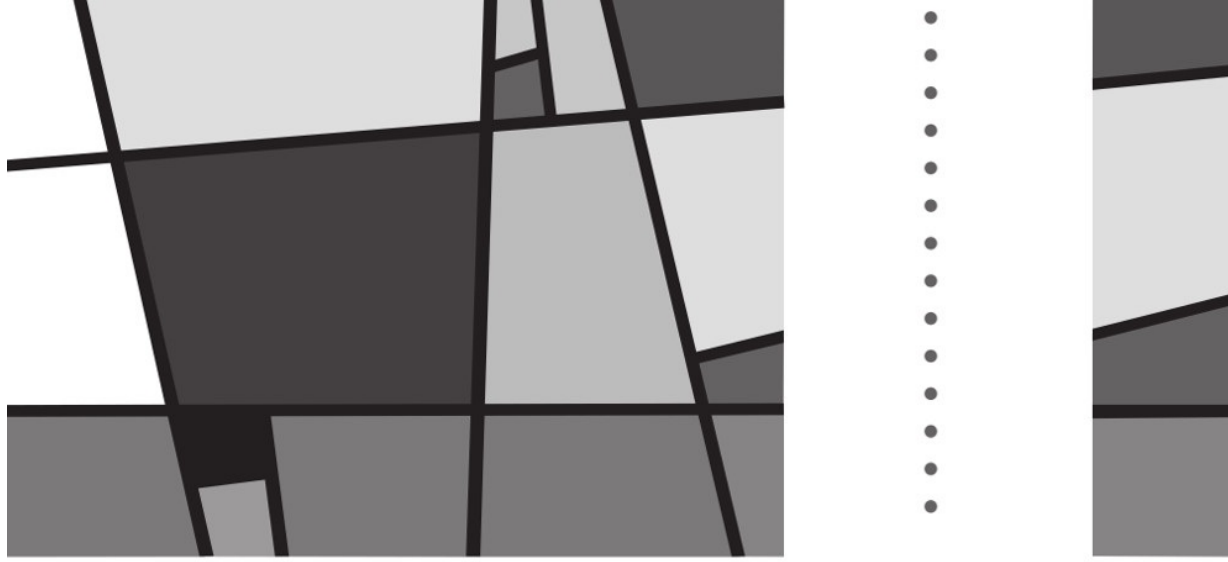


# 15 approches de la psychopathologie

5<sup>e</sup> édition

Serban Ionescu

**DUNOD**



# 15 approches de la psychopathologie

Serban Ionescu

5<sup>e</sup> édition

DUNOD

Maquette de couverture :  
Le Petit Atelier

Maquette intérieure :  
[www.atelier-du-livre.fr](http://www.atelier-du-livre.fr)  
(Caroline Joubert)

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

© Dunod, 2019, pour la présente édition  
© Armand Colin, 2015, pour la 4<sup>e</sup> édition  
11 rue Paul Bert – 92240 Malakoff  
ISBN : 978-2-10-079773-8

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements



d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

# Table des matières

*Préface à la quatrième édition*

*Post-scriptum à la cinquième édition*

*Avant-propos*

## **CHAPITRE 1 – PSYCHOPATHOLOGIE ATHÉORIQUE**

1. Conditions d'apparition
2. Structure et contenu du *DSM-5*
3. Critiques et perspectives

## **CHAPITRE 2 – PSYCHOPATHOLOGIE BEHAVIORISTE**

1. L'approche behavioriste des comportements anormaux
2. Le behaviorisme paradigmatique ou social

## **CHAPITRE 3 – PSYCHOPATHOLOGIE BIOLOGIQUE**

1. Recherches concernant les bases biologiques de l'hystérie
2. Biologie des comportements suicidaires
3. Endophénotypes et épigénétique

## **CHAPITRE 4 – PSYCHOPATHOLOGIE COGNITIVISTE**

1. Les théories cognitivistes de la dépression
2. Apport des recherches sur le traitement inconscient de l'information

## **CHAPITRE 5 – PSYCHOPATHOLOGIE DÉVELOPPEMENTALE**

1. Une classification développementale des symptômes
2. Approche développementale de l'alcoolisme
3. Une évolution particulière : le développement posttraumatique

## **CHAPITRE 6 – PSYCHOPATHOLOGIE ÉCOSYSTÉMIQUE**

1. Un modèle interactionniste de la psychopathologie
2. Psychopathologie et réseaux sociaux

## **CHAPITRE 7 – ETHNOPSYPHOPATHOLOGIE**

1. Syndromes culturellement spécifiques
2. Grandes études transculturelles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
3. Questions posées par le diagnostic

#### **CHAPITRE 8 – PSYCHOPATHOLOGIE ÉTHOLOGIQUE**

1. Contributions méthodologiques
2. Un exemple clinique : l'énurésie

#### **CHAPITRE 9 – PSYCHOPATHOLOGIE EXISTENTIALISTE**

1. Trois concepts fondamentaux
2. Le patient en tant qu'être-dans-le-monde

#### **CHAPITRE 10 – PSYCHOPATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE**

1. Névroses expérimentales
2. Catatonie expérimentale
3. Exemple d'étude expérimentale des troubles psychopathologiques présentés par des patients

#### **CHAPITRE 11 – PSYCHOPATHOLOGIE PHÉNOMÉNOLOGIQUE**

1. Binswanger et la mélancolie
2. Développements récents : l'étude phénoménologique de l'hospitalisation en psychiatrie
3. Fondements de la méthode phénoménologique de recherche

#### **CHAPITRE 12 – PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHANALYTIQUE**

1. Cinq types de réponses à une question qui revient souvent : la psychanalyse est-elle une science ?
2. Étude empirique de certaines composantes de la théorie psychanalytique. Bilan des recherches sur l'oralité

#### **CHAPITRE 13 – PSYCHOPATHOLOGIE SOCIALE**

1. Troubles mentaux et classe sociale
2. Analyse des variations, d'une époque à l'autre, des données épidémiologiques

## **CHAPITRE 14 – PSYCHOPATHOLOGIE STRUCTURALISTE**

- 1. Les structures psychopathologiques**
- 2. La structure des idées délirantes**

## **CHAPITRE 15 – PSYCHOPATHOLOGIE INTÉGRATIVE-HOLISTIQUE**

- 1. Du morcellement à l'intégration**
- 2. Un exemple : qu'apporte l'approche intégrative-holistique à la compréhension du trouble du spectre de l'autisme ?**

*Bibliographie*

## Préface à la quatrième édition

La possibilité d'aborder la psychopathologie selon des perspectives différentes n'est pas récente. La prolifération des approches de la psychopathologie a été entrevue en 1913 déjà, par Jaspers qui écrivait qu'il essayait « de saisir chaque perspective différente de l'entier » et de lui « attribuer une place en fonction de sa signification et de ses limites ». En 1991, quand fut publiée la première édition des *Quatorze approches de la psychopathologie*, la démarche était toutefois originale car aucun autre ouvrage du même genre n'avait été publié en France ou ailleurs. Depuis, les *Quatorze approches* ont été diffusées, sans interruption, et ont été traduites au Mexique, au Brésil et en Roumanie.

Le but poursuivi en élaborant les *Quatorze approches* était de provoquer un décloisonnement théorique, en présentant les différentes approches en ce qu'elles ont de spécifique, en informant les lecteurs de leurs apports et de leurs limites. Le but était, donc, de nourrir la réflexion critique des lecteurs. Les partisans des débats acrimonieux, les passionnés des oppositions binaires et des guerres stériles furent sans doute déçus par la présentation « posée » des connaissances disponibles, des faits, des différentes méthodes utilisées pour les mettre en évidence, par l'exposé – aussi complet que le nombre de pages le permettait – des arguments des uns et des autres.

À partir de 1991, j'ai mené un long travail de réflexion sur ce que j'avais proposé dans la première édition des *Quatorze approches*. Ce travail s'est déroulé en quatre étapes dont la dernière correspond à cette quatrième édition.

En 1995, j'ai franchi le cap de la pure description pour m'orienter vers une analyse comparative des approches de la psychopathologie, afin de mettre en évidence leurs apports, leurs complémentarités et d'éventuels points d'articulation, ainsi que leurs spécificités, leurs différences. Dans un texte intitulé « Au-delà de la simple description : comparaison et regroupement des approches de la psychopathologie » (Ionescu, 1995/2005, pp. 460-463), j'ai abordé la comparaison en fonction de plusieurs critères comme, par exemple, la position qu'elles adoptent à l'égard de l'étiologie, du diagnostic, de la continuité ou de la discontinuité du normal et du pathologique, de leur vision concernant la personne du patient. En prenant comme critère l'étiologie, j'ai constaté la coexistence de différences et de ressemblances. Ainsi, et contrairement à ce que

certaines pensent, des perspectives si différentes que l'approche psychanalytique, behavioriste ou cognitiviste font état d'une étiologie psychogénétique. Évidemment, les mécanismes en jeu sont différents : intrapsychiques et inconscients pour la psychanalyse, liés à l'apprentissage pour le behaviorisme, basés sur le processus de traitement de l'information pour les cognitivistes.

À cette comparaison « théorique » des approches, j'ai articulé un exercice plus clinique, en choisissant un même objet d'étude, la schizophrénie, affection qu'Alexander et Selesnik (1972) considéraient comme le « nœud gordien » de la psychiatrie. Pour opérationnaliser ce travail, j'ai formulé trois questions : 1) quelle est l'étiologie de la schizophrénie ? 2) que recouvre la notion de schizophrénie ? 3) la schizophrénie constitue-t-elle un trouble universel ? Les différentes approches de la psychopathologie étaient ici sollicitées pour apporter des réponses. Celles-ci furent présentées dans un autre texte, « La schizophrénie comme exemple d'application à un même objet d'étude de différentes approches de la psychopathologie » (Ionescu, 1995/2005, pp. 463-492). Parmi les réponses apportées, je citerai :

- aucune des hypothèses étiologiques (avancées à l'époque) n'expliquerait l'apparition de la totalité des cas de schizophrénie ;
- malgré de nombreuses ressemblances permettant de définir un « noyau séméiologique commun », le terme de schizophrénie désigne un groupe hétérogène de troubles ;
- la schizophrénie serait la « voie finale commune » évolutive, adoptée après l'action des divers facteurs étiologiques ;
- en dépit de certaines particularités (notamment évolutives), liées au contexte de vie socioéconomique et culturel des patients, la schizophrénie est un trouble universel.

Une deuxième étape du travail de réflexion qui a suivi la parution de la première édition de cet ouvrage a porté sur l'autisme infantile (Ionescu, 2007), où ce trouble fut examiné en utilisant l'éclairage des diverses approches de la psychopathologie, reprises dans l'ordre de présentation des *Quatorze approches*. À cette occasion ont été examinés leurs apports à la connaissance de ce trouble, les différentes hypothèses formulées concernant son origine, les débats suscités. À cette occasion, j'ai noté qu'en 1983, Ferrari avait publié un rapport consacré à l'approche pluridisciplinaire de l'autisme et des psychoses infantiles précoces. Cette vision, qualifiée par Ferrari de « gageure mêlée sans doute d'un peu



d'utopie », impliquait une présentation détaillée des approches biologique et psychanalytique.

La troisième étape a été constituée par l'élaboration d'un texte où je montrais que, selon le cadre théorique adopté, la description des troubles mentaux diffère (Ionescu, 2010, pp. 222-242). Pour cela j'ai choisi l'exemple de la dépression, avec des cas présentés dans la perspective cognitiviste, psychanalytique, systémique et ethnopsychopathologique. L'analyse faite à cette occasion montrait que les éléments fournis dans les études de cas utilisées variaient beaucoup : l'accent était mis soit sur les troubles du traitement de l'information et sur leurs sources, sur les processus intrapsychiques et la dynamique transféro-contre-transférentielle, sur les interactions au sein du système familial ou sur les pièges qu'engendre le diagnostic de dépression chez des personnes appartenant à d'autres cultures ou aux difficultés que créent les tentatives de différenciation de la souffrance « normale » et la dépression. J'ai aussi noté que le vocabulaire utilisé, la préoccupation pour l'argumentation du diagnostic, la place accordée aux examens psychologiques et à l'évaluation variaient d'une perspective à l'autre.

C'est dans ce contexte que j'ai repensé à une vieille histoire védique (que je raconte souvent), publiée par Das (1996). Cinq aveugles de naissance se rencontrent et passent leur temps à bavarder. Tout à coup, ils entendent un bruissement provoqué par l'arrivée d'un éléphant qu'évidemment ils ne pouvaient voir. Les cinq hommes s'approchent, alors, de la source du bruissement et commencent à toucher les différentes parties du corps de l'éléphant. Le premier toucha le corps et dit qu'il s'agissait d'un mur de boue. Le deuxième toucha une défense et déclara que c'était une lance en ivoire. Si le troisième – qui avait touché la trompe – dit que c'était un python suspendu à un arbre, le quatrième, qui avait empoigné la queue de l'éléphant, déclara que c'était une corde. Enfin, le cinquième toucha l'une des pattes de l'intrus et dit que c'était un palmier. Face à ces constats si différents, les cinq hommes commencèrent à se bagarrer. Ce récit constitue une véritable parabole de la diversité des approches de la psychopathologie, en nous rappelant que les cliniciens ou les chercheurs qui travaillent dans le champ de la psychopathologie étudient et décrivent les troubles mentaux en fonction d'indices propres à l'approche dans laquelle ils ont été formés et à laquelle ils ont adhéré.

Le projet concrétisé dans *Quatorze approches de la psychopathologie* ne pouvait évoluer et se développer sans la présentation d'une quinzième approche

qui fera l'objet d'un nouveau chapitre de ce livre, consacré à la psychopathologie intégrative-holistique. Ce nouveau chapitre – à l'origine du changement du titre de cet ouvrage – est le résultat d'une longue réflexion sur l'intégration des différentes approches de la psychopathologie. J'ai abordé ce projet avec la prudence nourrie par les avertissements de plusieurs chercheurs. Legrand (1983), par exemple, exprimait des doutes quant au caractère fructueux de l'échange entre psychanalyse et behaviorisme effectué par Dollard et Miller (1950) dans leur ouvrage *Personality and Psychotherapy*, ouvrage dédié à « Freud et Pavlov, et à leurs élèves ». En prenant comme exemple l'œuvre de Melanie Klein et celle de Skinner, Legrand écrivait que « le radicalisme est sans doute préférable aux accommodements éclectiques et concordistes ». Lecomte (1987), connu pour ses travaux sur l'intégration des psychothérapies, écrivait à son tour que « les efforts de synthèse récusant la dissidence risquent souvent d'aboutir à un syncrétisme nivelant sous des atours trompeurs d'efficacité ».

La question de l'intégration n'est pas spécifique à la psychopathologie. Elle préoccupe les chercheurs de nombreux domaines et la première partie du chapitre 15 passe en revue les efforts faits jusqu'à maintenant et présente les tendances qui s'en dégagent.

Le débat qui oppose unité et diversité est, souvent, mis en relation avec la classification proposée par le philosophe Isaiah Berlin (1953) dans son ouvrage *Le hérisson et le renard. Essai sur la vision de l'histoire chez Tolstoï*. Berlin classait les penseurs en deux catégories : (a) les hérissons qui tentent de tout rattacher à un seul système, à une seule vision et (b) les renards, qui suivent des chemins multiples et différents, sans tenter de les rapprocher. À l'origine de cette proposition se trouve la phrase de l'un des grands poètes lyriques grecs, Archiloque (712-648) : « le renard sait beaucoup de choses, mais le hérisson sait une chose importante ». Berlin a transformé cette phrase en métaphore pour désigner deux types de penseurs et écrivains. La pensée et l'action des hérissons sont guidées par une vision unique des choses et sont structurées par un ensemble de principes qu'ils considèrent comme universels. À l'opposé, les renards sont pluralistes, se mesurent à de nombreuses situations, poursuivent de nombreux buts et prennent pour primordiales des choses particulières, concrètes.

Sunny Y. Auyang – connue, entre autres, pour ses ouvrages *Foundations of complex-system theories : In economics, evolutionary biology, and statistical physics* ou *Mind in everyday life and cognitive science* – applique cette classification aux sciences. Pour elle, les sciences théoriques, comme la

physique des particules élémentaires, ont une tendance à la généralisation et rentrent dans la catégorie des hérissons. Les sciences qui s'intéressent aux phénomènes complexes (comme la biologie) tendent à être des renards.

Où situer alors la psychopathologie ? Par sa recherche d'informations sur des phénomènes si complexes que les dysfonctionnements psychiques, la psychopathologie emprunte, comme le renard, des sentiers multiples et différents. Mais lorsqu'elle considère la personne comme sujet total, la psychopathologie est amenée à articuler toutes les informations recueillies en tant que renard et se métamorphose en hérisson...

C'est ce que je propose dans cette nouvelle édition de l'ouvrage qui comprend aussi des mises à jour dans les chapitres 1 et 14.

Pour conclure, je pense que, dans les années à venir, l'approche faisant l'objet du quinzième chapitre mériterait un ouvrage à elle seule !...

Asnières-sur-Seine  
et Trois-Rivières (Québec)  
Avril-mai 2015

## Post-scriptum à la cinquième édition

Chaque chapitre de cet ouvrage a été conçu comme une synthèse des éléments « classiques » des approches de la psychopathologie. Cette stratégie éditoriale devait assurer la durabilité des contenus. C'était sans anticiper le développement très rapide du domaine et l'apparition de nouvelles composantes fondamentales dans l'une ou l'autre des différentes approches.

L'intérêt des lecteurs pour cet ouvrage et l'existence de telles composantes qui ne pouvaient pas être absentes des « 15 approches » m'ont amené à compléter périodiquement le texte. C'est le cas, aussi, pour cette cinquième édition où des ajouts ont été insérés dans les chapitres 1, 3 et 5. L'auteur espère ainsi que cet ouvrage reflétera davantage les fondamentaux de la psychopathologie.

Asnières-sur-Seine  
et Trois-Rivières (Québec)  
Mars 2019

## Avant-propos

1. Les quatorze chapitres de ce livre sont consacrés à la présentation, par ordre alphabétique, des différentes approches de la psychopathologie. Ceci résulte d'un choix qui a conduit au rejet de deux autres manières de procéder. La première consistait à utiliser un critère chronologique. Dans ce cas, l'ouvrage aurait pris, à mon avis, un caractère trop historique. D'autre part, l'application d'un tel critère aurait été forcément subjective. Quelle année choisir comme « date de naissance » d'une approche ? Celle où l'on a utilisé pour la première fois son nom ou la date de parution d'un ouvrage considéré comme fondamental ? Et que faire dans le cas de parutions à différentes dates de plusieurs ouvrages de base ? Notons aussi que certaines approches se sont constituées progressivement, à partir d'études menées sur de longues périodes de temps ; de surcroît, plusieurs approches se sont développées à une même époque. Une deuxième manière de procéder, rejetée elle aussi, aurait été d'utiliser comme critère l'importance des approches. Mais comment établir cette importance ? À l'aide de quelle échelle ou système de mesure ? Comment éliminer, par exemple, les « effets de mode », très évidents pour certaines approches ? De plus, une telle démarche allait à l'encontre de l'objectif central de cet ouvrage : contribuer au décloisonnement des différentes approches et constituer ainsi un préalable à l'émergence d'une nouvelle approche intégrative. Ceci signifie, bien sûr, éclectisme et non pas syncrétisme. La réalisation d'un tel objectif suppose un esprit différent de celui qu'engendrerait une hiérarchie, établie dès le départ et basée sur des jugements de valeur de l'auteur, qui biaiseraient la lecture de l'ouvrage.

2. Chaque chapitre commence par une section introductive qui contient, en plus de la définition de l'approche que l'on y traitera, les principaux moments de son développement. Suivent deux, parfois trois parties, où sont abordés les thèmes qui illustrent l'approche présentée. Comme dans la presque totalité des cas (la psychopathologie athéorique constituant l'exception) il a été impossible d'aborder l'ensemble des directions de recherche et des contributions disponibles, le choix des exemples utilisé pour illustrer une approche est expliqué, dans chaque chapitre, à la fin de la partie introductive. Dans chaque chapitre sont citées les références bibliographiques pertinentes à l'approche décrite. Ceci permet l'approfondissement ultérieur du domaine et explique la

place importante qu'occupe la bibliographie à la fin du livre. De nombreuses notes sont placées après chaque chapitre. Elles ont été élaborées pour alléger le texte, sans que ceci entraîne une perte d'informations, ainsi que pour expliquer certains termes employés.

3. La présentation des quatorze approches n'est pas précédée, comme on aurait pu s'y attendre, d'un chapitre consacré aux aspects généraux, notamment à une définition de la psychopathologie et à une discussion des concepts de base, comme la dyade « normal-pathologique ». Par contre, ces aspects bénéficieront des éclairages apportés par les différentes approches présentées dans ce volume.

L'ouvrage étant conçu comme le préalable d'une approche intégrative de la psychopathologie, l'accent est mis sur la complémentarité des quatorze approches. Il ne s'agit pas là d'un objectif facile à atteindre. Dans ce contexte, je partage l'opinion de Widlöcher (1984) qui écrivait à propos de la difficulté de concilier la cohérence de l'ensemble et la diversité des systèmes de référence en matière de psychopathologie de l'adolescent : « la difficulté est salutaire car elle nous protège de commodités de pensée qui oblitèrent parfois la réflexion psychopathologique ».

4. Le terme retenu pour le titre de cet ouvrage est « approche », c'est-à-dire manière d'aborder, la psychopathologie. Notons toutefois que pour dénommer ces différentes manières d'aborder le domaine qui nous intéresse, d'autres termes sont utilisés dans les ouvrages spécialisés.

- Le terme de « perspective », manière de considérer, apparaît chez Bootzin et Acocella (1988) qui intitulent la première partie de leur ouvrage « Perspectives historiques et théoriques ». Si Sarason et Sarason (1989) consacrent un chapitre aux perspectives théoriques concernant le comportement mésadapté, Adams et Sutker (1984) utilisent, dans le titre d'un chapitre, la formulation « perspective psychobiologique » pour traiter du rôle des variables biologiques en psychopathologie.
- La formulation « point de vue », dans le sens de manière particulière dont une question peut être considérée, est rencontrée chez Costin et Draguns (1989), de même que chez Carson *et al.* (1988).
- Dans la préface de leur *Psychopathologie de l'enfant*, Ajuriaguerra et Marcelli (1982) constatent la multiplication considérable de ce qu'ils désignent comme des « référents théoriques » appliqués à la pédopsychiatrie et notent qu'aux « apports théoriques traditionnels » s'ajoutent d'autres théories.

5. Dans le domaine de la psychopathologie, comme ailleurs, le terme de « modèle » revient souvent. Sans doute, parce que, comme le soulignait Rouanet (1983), « Les modèles sont très à la mode. Tous les jours il nous arrive de nouveaux modèles ; on les monte en épingle, puis tôt ou tard, on les oublie, sans qu'on ait vraiment cherché à approfondir ni les raisons de leur vogue, ni celles de leur déclin ». Selon Rouanet, il y a deux types de modèles : (a) le modèle-cadre, qui est un modèle qu'on ne remet pas en question et qui fournit un contexte pour interpréter les données recueillies. Ce serait, comme disait Goguelin (1983), le modèle comme outil scientifique ; (b) le modèle hypothétique, modèle qu'on cherche à valider, en le mettant à l'épreuve des résultats expérimentaux.

Le terme de « modèle » peut être rencontré dans de nombreux ouvrages de base. Ainsi, dans le manuel publié sous la direction d'Adams et Sutker (1984), un chapitre est consacré aux modèles descriptifs du comportement anormal. Une des huit parties de l'ouvrage de Rosenham et Seligman (1989) est intitulée « Modèles et traitements de l'anormalité ». Marcelli et Braconnier (1984) consacrent une section importante de la première partie de leur abrégé aux modèles de compréhension de l'adolescence. Enfin, l'ouvrage de Weckowicz (1984) est consacré aux « Modèles de la maladie mentale ».

Si les modèles représentent incontestablement un stimulant pour le développement scientifique, ils peuvent aussi agir comme frein. Ils peuvent, en effet, modéliser la pensée du chercheur, et tendre à se répliquer et à s'institutionnaliser. Reçu par le chercheur, ou par le praticien lors de sa formation, le modèle peut devenir un modèle de pensée et, ainsi, un obstacle à l'innovation (Goguelin, 1983). Dans son intervention, intitulée « Méfions-nous des modèles », présentée au Colloque de la Société française de psychologie en 1983, René Zazzo écrivait : « J'ai toujours tenu les modèles, quels qu'ils soient, pour des êtres suspects : ils ont trop tendance à donner à la réalité des leçons de bonne conduite ; bref, **à servir de modèles** ».

Toutes ces réserves m'ont amené, finalement, à ne pas utiliser, dans le titre de ce livre, le terme de « modèle ».

6. À un moment où la productivité, en termes de publications, des chercheurs universitaires devient de plus en plus importante, on peut s'interroger sur l'apport de chaque nouvelle parution. Pour répondre à cette question dans le cas

du présent volume, examinons l'orientation des ouvrages parus au cours des dernières années.

La tendance qui se dégage est l'adoption d'une manière de procéder qualifiée, par certains, de « perspectives multiples ». Cela signifie que dans, au moins, un chapitre de chaque ouvrage (sinon trois ou quatre) sont présentées plusieurs approches de la psychopathologie. Cette démarche se rencontre dans la majorité des ouvrages de psychopathologie générale parus au cours des dernières années (Adams & Sutker, 1984 ; Bootzin & Acocella, 1988 ; Carson *et al.*, 1988 ; Sarason & Sarason, 1989 ; Costin & Draguns, 1989 ; Rosenham & Seligman, 1989). Cette démarche est aussi suivie dans des ouvrages de psychopathologie de l'enfant et/ou de l'adolescent (Ajuriaguerra & Marcelli, 1982 ; Marcelli & Braconnier, 1984 ; Quay & Werry, 1986), de même que dans le dernier recueil de textes de base de psychologie pathologique élaboré par Hooley *et al.* (1989), où chaque entité clinique est présentée selon plusieurs perspectives théoriques.

Dans les pays anglo-saxons, les ouvrages de psychopathologie générale basés sur une seule approche tendent à devenir plutôt rares. En France, par contre, le seul ouvrage de psychologie pathologique générale (Bergeret, 1976) est d'orientation psychanalytique. À ceux qui pourraient critiquer cet « attachement trop exclusif aux hypothèses psychanalytiques », Bergeret répond : « les données analytiques (théoriques et non techniques) auxquelles nous nous sommes cantonnés correspondent à ce qui se trouve admis comme très classique par le plus grand nombre de psychopathologues contemporains et ne constitue, en définitive qu'une connaissance bien générale, indispensable à l'honnête homme de la fin du XX<sup>e</sup> siècle ».

Les recherches bibliographiques entreprises, notamment avec le nouveau système PsycBOOKS, m'ont permis de constater qu'au cours des dernières années un seul ouvrage de psychopathologie, paru en anglais, était élaboré uniquement sur des fondements psychanalytiques (Yorke *et al.*, 1989). Le premier de ses trois auteurs est le directeur médical du Anna Freud Centre de Londres. Les autres ouvrages « homogènes », basés sur une seule approche de la psychopathologie, parus depuis 1987, sont ceux de Sims (1988) (fortement influencé par l'approche phénoménologique-descriptive de Jaspers) et les deux volumes qui sont consacrés à l'approche sociale de la psychopathologie, signés par Gallagher (1987) et Howells (1988).



Dans ces conditions, la réponse à la question de départ est que le présent volume et celui de Weckowicz (1984), cité précédemment, sont les seuls ouvrages à être entièrement consacrés aux approches de la psychopathologie. Comme *Quatorze approches de la psychopathologie* se veut, avant tout, un ouvrage didactique, sa construction est forcément différente de celle du livre de mon collègue d'Edmonton (Alberta), beaucoup plus théorique. Le fait d'illustrer chaque approche avec des exemples de ce que représente concrètement son utilisation en facilitera, je l'espère, la compréhension. Les six années qui séparent la parution du livre de Weckowicz de celle de la remise de mon manuscrit chez l'éditeur ont été remplies de découvertes intéressantes et ont permis à certaines approches de mieux se définir. Un de mes soucis a été, justement, de tenir compte de toutes ces nouveautés pour en faire état.

7. En écrivant, l'un après l'autre, et évidemment pas dans l'ordre, les chapitres qui décrivent les quatorze approches présentées dans ce livre, j'ai revécu ma rencontre avec chacune d'elles.

Rencontres forcées, obligées, comme celles à caractère de grand-messe à la gloire de Pavlov, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Bucarest... C'était l'époque de Lyssenko, l'époque à laquelle les lettres d'Olga Borisovna Lepeshinskaya, collaboratrice d'Oparine, étaient affichées au babillard de la chaire de biologie. L'époque, aussi, où les cours de médecine étaient suivis et précédés par des cours de matérialisme dialectique.

Rencontres illégales, presque secrètes, où l'on parlait à voix basse, la peur étant omniprésente. C'est ainsi que j'ai rencontré la psychanalyse, alors interdite, grâce à un être exceptionnel, le docteur Popescu-Sibiu, psychiatre et psychanalyste. Je l'ai rencontré dans son appartement, plein « d'objets reliques d'un bonheur disparu », comme l'écrivait Saul Bellow (1982), dans *L'Hiver du doyen*, pour décrire la demeure de Valeria et de sa sœur. Ce n'est pas par hasard que je cite Bellow. Car dans l'appartement de Popescu-Sibiu, j'ai rencontré à deux reprises Valeria, la belle-mère du doyen Corde de Chicago, de son vrai nom Florica Bagdazar, remarquable psychiatre qui avait dirigé le Centre de neuropsychiatrie infantile de la rue Vasile Lascar. Elle avait étudié Freud et Ferenczy et était un fin connaisseur des méthodes quantitatives de diagnostic.

Discrètes, aussi, les rencontres et les discussions souvent prolongées dans la rue (la peur, encore...), avec mon directeur de thèse de psychiatrie, le Pr Eduard

Pamfil de Timisoara, qui me parlait de Henry Ey, son maître, d'organodynamisme, mais aussi d'informatique et de la théorie des systèmes.

Une longue série de rencontres...

Trop longue pour être racontée ici.

Je n'ai pas pu, cependant, la passer complètement sous silence, car elle évoque comment le thème de ce livre peut engendrer ou être lié à des attitudes extrêmes et dangereuses. L'affirmation avec autorité de telle ou telle doctrine, sans admettre qu'il y ait quelque chose d'imparfait ou d'erroné, en d'autres termes le dogmatisme (Lalande, 1980), est fréquemment rencontré dans ce domaine.

**8.** L'élaboration de ce volume a été, en grande mesure, possible grâce à l'aide institutionnelle de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et de l'Université de Paris-VIII.

Tout au long de la rédaction de ce livre, j'ai eu comme première lectrice Colette Jourdan-Ionescu, professeur de psychologie à l'UQTR.

Hélène Gaudette, documentaliste, et les services de la bibliothèque de l'UQTR ont participé aux repérages bibliographiques.

Danis Pageau, étudiant de maîtrise en psychologie, à l'UQTR, a participé à la mise en forme finale de la bibliographie et a réalisé la saisie d'une partie importante du manuscrit.

La transmission de certains textes, par télécopieur, entre le Canada et la France a été rendue possible grâce à l'amabilité de Bernard Civeyrac, secrétaire général de l'université de Paris-VIII et de ses collaborateurs techniques, ainsi que du service de télécopie de l'UQTR.

Annick Thibault, secrétaire à l'U.F.R. de Psychologie, Pratiques Cliniques et Sociales de l'université de Paris-VIII, a contribué à l'avancement de la mise en forme finale du manuscrit, en acceptant d'assurer la saisie de deux chapitres.

La dernière correction des épreuves a été confiée par la maison d'édition à Jean-Christophe Saladin.

Mais ce projet n'a pu aboutir que grâce à la collaboration très fructueuse avec les Éditions Fernand Nathan et, notamment, avec Françoise Juhel, directeur éditorial. Mes échanges fréquents avec le directeur de la collection, le Pr Matty Chiva, ont été très stimulants.

Que toutes les personnes citées veuillent accepter mes vifs remerciements.

Trois-Rivières Ouest (Québec)  
et Asnières-sur-Seine,  
avril 1991

# Chapitre 1

## Psychopathologie athéorique

### Sommaire

1. Conditions d'apparition
2. Structure et contenu du *DSM-5*
3. Critiques et perspectives

L'idée de créer une psychopathologie où la description des troubles (la nosologie) serait athéorique est apparue, aux États-Unis, lors des débats et travaux qui ont conduit à l'élaboration de la deuxième et ensuite, de la troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, connu sous le nom de *DSM* (Spitzer, 1985).

Publiée en 1952, la première édition du *DSM* (*DSM-I*) a été fortement influencée par le point de vue psychobiologique d'Adolf Meyer qui concevait les troubles mentaux comme des « réactions » de la personnalité à des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques. Seize ans plus tard, lors de la parution du *DSM-II*, on constate, d'une part, que le terme de « réaction » est abandonné et, d'autre part, que, dans l'ensemble, on se sert de termes qui ne présupposent pas de cadre théorique particulier pour la compréhension des troubles mentaux non organiques.

Le processus d'élaboration du *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) débute en 1974, lorsque l'Association américaine de psychiatrie (APA) crée un « Groupe de travail sur la nomenclature et les statistiques » qui fonctionne comme un véritable comité d'orientation supervisant la progression de l'ouvrage. Il me paraît important de souligner que, parmi les objectifs que les membres du groupe de travail s'étaient engagés à atteindre, figurait celui de « se faire accepter des cliniciens et des chercheurs d'orientations théoriques différentes » (Spitzer, 1985). Après une série d'étapes incluant d'une part des débats organisés lors de réunions professionnelles<sup>1</sup> et, d'autre part, des études sur le terrain<sup>2</sup>, le *DSM-III* est approuvé, en mai 1979, par l'assemblée de l'APA et par le Conseil pour la recherche et le développement (qui constitue l'une des sections de l'APA) et, en juin de la même année, par le comité de référence et le conseil d'administration de l'APA (Spitzer, 1985). Publiée en 1980, cette troisième édition du *DSM* a introduit un nombre important d'innovations : le système multiaxial, les critères diagnostiques explicites et une approche descriptive qui tentait d'être neutre en ce qui concerne les théories étiologiques.

En 1983, l'APA décide de procéder à une révision du *DSM-III*. Cette décision était motivée, notamment, par le fait que certains critères diagnostiques ne correspondaient plus aux données de recherche obtenues après la publication du *DSM-III* et que, dans d'autres cas, les critères étaient peu clairs ou même contradictoires. En novembre 1986, l'assemblée des sections locales de l'APA approuve la forme finale du *DSM-III-R* et, un mois après, le conseil

d'administration donne, lui aussi, son approbation (Spitzer & Williams, 1989a). Le *DSM-III-R* est publié en 1987.

Le processus visant à perfectionner le *DSM* a continué (pratiquement sans interruption !) après l'adoption du *DSM-III-R* et a abouti à la parution, en mai 1994, du *DSM-IV*. Ce processus – étroitement lié à celui qui a conduit, en 1992, à la 10<sup>e</sup> édition de la Classification internationale des maladies (*CIM-10*) – s'est déroulé sous la direction d'un groupe de travail dirigé par Allen Frances et a impliqué la participation de treize comités, chacun ayant la responsabilité d'une section particulière du manuel. Deux ans avant la parution du *DSM-IV* – et afin de faciliter un débat aussi large que possible – le groupe de travail chargé de son élaboration a publié et diffusé un ouvrage (*DSM-IV Options Book*) consacré aux options prises lors de cette dernière édition du *DSM*.

Au cours de la préparation du *DSM-IV*, le groupe de travail et les comités mentionnés ci-dessus ont procédé à l'étude approfondie des publications existantes, ont effectué quarante nouvelles analyses sur des données déjà traitées et ont fait d'importants essais sur le terrain. Ces essais ont impliqué 70 sites et plus de 6 000 sujets. Lors de la prise finale de décision, le groupe de travail et les comités ont tenu compte de l'ensemble des données empiriques disponibles.

Le travail de révision du *DSM-IV* a conduit à la publication, en 2000, du *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000/2003). La dernière édition du manuel de l'Association américaine de psychiatrie, le *DSM-5*<sup>3</sup>, a été publiée en mai 2013 (American Psychiatric Association, 2013/2015), sous la direction de D.J. Kupfer et D.A. Regier, et sera présentée dans ce chapitre.

L'approche athéorique utilisée à partir du *DSM-III* vise à pallier les limites de nos connaissances concernant l'étiologie des troubles mentaux. Le principe fondamental en est l'absence de référence à toute conception théorique non démontrée concernant l'étiologie ou la pathogénie<sup>4</sup> : à partir du *DSM-III*, le contenu des différentes éditions du *DSM* a donc été qualifié de nosologie athéorique ou agnostique<sup>5</sup> (Pichot, 1985).

L'athéorisme était, sans doute, prédominant dans le *DSM-III* et *III-R*. Pichot et Guelfi (1985) constataient, en effet : (a) que l'athéorisme est affirmé dans le titre même du volume où figure le concept de « troubles mentaux »<sup>6</sup> et non celui de « maladies mentales »<sup>7</sup>; (b) qu'il se manifeste par le fait que la plupart des catégories diagnostiques du *DSM-III* sont définies par des constellations de symptômes, donc par des syndromes ; (c) que, dans un nombre important de cas,

les termes évoquant une étiologie ou une pathogénie « non démontrées » ont été bannis.

L'adoption d'une position athéorique quant à l'étiologie fait qu'au lieu d'indiquer comment sont apparus les troubles mentaux, les auteurs du *DSM* tentaient, dans la grande majorité des cas, de décrire ce que sont les manifestations de ces troubles. Cette approche, qui consiste à définir les troubles en décrivant les caractéristiques cliniques de ceux-ci, est qualifiée de « descriptive ». Elle est aussi utilisée pour regrouper, en classes diagnostiques, les troubles pour lesquels l'étiologie et la physiopathologie ne sont pas connues (Spitzer, 1985).

## 1. Conditions d'apparition

L'étude du contexte (scientifique, mais aussi socio-culturel) dans lequel est apparue et s'est développée la psychopathologie athéorique nous paraît utile pour la compréhension de la nosologie et de la nosographie<sup>8</sup> présentées dans le *DSM*. Les cinq aspects que nous aborderons pour décrire ce contexte permettront, en même temps, de mieux comprendre bon nombre de réactions engendrées par la diffusion internationale et, notamment en France, de cet outil diagnostique.

### 1.1. L'amplification des problèmes de communication entre cliniciens

La diversification, aux États-Unis, des écoles psychopathologiques a eu comme conséquence le développement et l'utilisation de cadres nosologiques et nosographiques très différents, rendant difficile (parfois impossible !) la communication entre les cliniciens de différentes obédiences. Si, comme le remarque Singer (1985), pour un certain nombre de malades « typiques », le consensus se fait parmi les psychiatres, la majorité des malades ne peut être rangée dans des classes bien définies. Le résultat de ces problèmes de cohérence au plan notionnel et diagnostique est souvent désigné par référence... au chapitre XI de la Genèse ! Ainsi, Brockington *et al.* (cf. Berner *et al.*, 1983) évoquent « la confusion babylonienne des langues » et Bourgeois (1985) considère que le *DSM-III* représenterait un progrès vers la disparition du « Babel psychiatrique ».

## 1.2. Le développement d'un mouvement néo-kraepelinien aux États-Unis

C'est en Grande-Bretagne que voit le jour, au début des années cinquante, le point de vue néo-kraepelinien. En effet, très critique à l'égard de la psychanalyse, de la psychothérapie et de la psychiatrie sociale, le manuel de Mayer-Gross, Slater et Roth (1951) constitue une réaffirmation du point de vue kraepelinien.

Né la même année que Freud, *Emil Kraepelin* (1856-1926) est l'auteur d'un vaste système descriptif des maladies mentales, conçues comme des entités cliniques distinctes, qui représente l'achèvement du développement de la psychiatrie allemande du XIX<sup>e</sup> siècle. C'est avec Kraepelin que le modèle médical de la folie semble l'emporter. Pour lui, la maladie mentale doit s'individualiser et se définir par son évolution. Le vrai diagnostic est celui qui permet un pronostic précis. La maladie ne pouvant être définie que par son état terminal, Kraepelin étudie systématiquement les affections mentales en fonction de leur devenir. Son regard clinique est surtout classificateur. Il ne se préoccupe pas d'hypothèses psychopathologiques et se contente de considérations descriptives et classificatoires. Le manuel de psychiatrie de Kraepelin, mondialement connu, paraît en 1883 et est réédité neuf fois jusqu'en 1927. C'est à Kraepelin que nous devons le concept de démence précoce, entité très nettement définie dès la 6<sup>e</sup> édition du *Traité* (1899). C'est lui aussi qui donne droit de cité à la psychose maniaco-dépressive.

Aux États-Unis, le mouvement néo-kraepelinien débute ses activités à l'université Washington de St-Louis. Ses protagonistes sont Robins (connu pour ses contributions dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique), Winokur (actif dans l'étude familiale-génétique des troubles de l'humeur) et Guze (qui s'est fait remarquer par une reformulation de la catégorie « hystérie » et par une recherche sur le syndrome de Briquet<sup>9</sup>).

Klerman, le créateur du concept de néo-kraepelianisme (Klerman, 1978), indique que les représentants de ce mouvement (dans la mesure où, d'une part,



ils croient en l'existence des troubles mentaux distincts et, d'autre part, ils conçoivent la psychiatrie comme une spécialité médicale<sup>10</sup>) suivent la tradition de Kraepelin et la pensée psychiatrique classique du XIX<sup>e</sup> siècle. Par leur indécision concernant l'étiologie des différents troubles<sup>11</sup>, par le fait de souligner l'importance d'une approche plutôt empirique de ces troubles, les néo-kraepeliniens se différencient cependant de la tradition kraepelinienne (Klerman, 1985). En effet, celle-ci était restée plus théorique et était basée (à partir de la cinquième édition du *Traité* de Kraepelin) sur le concept de maladie, s'inscrivant ainsi dans la continuité d'une lignée psychopathologique représentée par Bayle, Falret et Kahlbaum (Pichot et Guelfi, 1985). Or, le concept de maladie implique une étiologie et une pathogénie spécifiques. En l'absence de lésions caractéristiques, la présence d'une maladie pouvait être argumentée par l'existence d'une évolution identique (conformément au raisonnement « à évolution identique, cause identique »).

Bien que le *DSM-III* ait repris beaucoup d'idées formulées par Kraepelin et bien que les néo-kraepeliniens aient joué un rôle important dans son élaboration, en offrant l'arrière-plan expérimental et conceptuel de nombreuses innovations qui y figurent, il serait erroné de considérer le *DSM-III*, en entier, comme une expression du point de vue néo-kraepelinien (Klerman, 1985). Le responsable de l'élaboration du *DSM-III*, Spitzer, a exprimé de manière explicite son désir de ne pas être considéré comme un des membres du « collègue invisible » (Blashfield, 1982) constitué de chercheurs néo-kraepeliniens ; il se définit comme étant plutôt intéressé aux données et à une approche empirique (Klerman, 1985).

### **1.3. La montée de l'intérêt pour le diagnostic**

Du début des années quarante jusqu'au milieu des années soixante-dix, le diagnostic et la classification ont constitué des préoccupations mineures de la psychiatrie américaine. L'absence apparente de pertinence du diagnostic pour les décisions concernant le traitement constitue l'une des principales sources de cette attitude. Selon Klerman (1985), cinq types de critiques expliquent ou sont en relation avec le manque d'intérêt pour le diagnostic. Les cibles de ces critiques sont :

- la légitimité de la place de la psychiatrie parmi les disciplines médicales<sup>12</sup> ;
- la fidélité du diagnostic psychiatrique ;
- les conséquences sociales et psychologiques du diagnostic psychiatrique ;

- la pertinence des catégories et des typologies figurant dans les systèmes de diagnostic, de même que la netteté de la frontière entre le normal et l'anormal ;
- l'enracinement du système conventionnel de diagnostic dans la culture ouest-européenne.

À la fin de la période mentionnée, on assiste à une montée de l'intérêt des chercheurs et des praticiens pour le diagnostic et la classification. Ce renouveau a, essentiellement, trois explications (Klerman, 1985) :

- les progrès réalisés dans le domaine des modalités thérapeutiques, surtout dans le domaine de la psychopharmacologie, mais aussi en matière de moyens d'intervention comportementale et psychothérapeutique, en général ;
- la disponibilité de moyens de traitement informatisés, permettant notamment des analyses multivariées sur d'importants ensembles de données ;
- l'utilisation d'échelles d'évaluation et d'autres techniques psychométriques pour l'évaluation quantitative des symptômes, du comportement et de la personnalité.

## **1.4. Le pragmatisme nord-américain**

Selon Pichot et Guelfi (1985), le *DSM* est manifestement imprégné d'une orientation philosophique considérée, en Europe, comme étant caractéristique aux États-Unis : le pragmatisme créé par Charles Sander Peirce<sup>13</sup>. Les principaux continuateurs de celui-ci, William James et John Dewey (qui fut l'ami d'Adolf Meyer), ont eu une influence directe sur la psychiatrie américaine. Spitzer (1985), président du Groupe de travail sur la nomenclature et la statistique de l'APA, montre que l'athéorisme du *DSM-III* représente probablement l'expression majeure de la philosophie pragmatique : « L'inclusion de théories étiologiques constituerait un obstacle à l'utilisation du manuel par des cliniciens d'orientations théoriques différentes. » Face à un tel obstacle, il s'avérait plus pratique, plus simple, d'éliminer toute référence aux théories étiologiques.

## **1.5. Certains changements socio-culturels survenus aux USA**

À partir de 1970, les campagnes des groupes homosexuels pour retirer l'étiquette de trouble mental apposée dans le *DSM-II* à l'homosexualité ont engendré, chez les cliniciens, une réflexion critique (Bayer, 1981 ; Gayda *et al.*, 1985). Le mouvement de remise en question des repères nosographiques

traditionnels se manifeste à la réunion annuelle de l'APA à San Francisco. Au congrès d'Honolulu (1973), l'homosexualité en tant que telle n'est plus considérée comme un état pathologique et est éliminée du *DSM-II*. Les opposants au retrait de l'homosexualité de la classification de l'APA rouvrirent le débat dès le début des travaux pour le *DSM-III*, en 1974. Ils n'obtinrent pas gain de cause et seule l'homosexualité ego-dystonique resta dans le *DSM-III*<sup>14</sup>. Elle fut finalement elle aussi éliminée du *DSM*. Cette décision prit effet en 1987, lors de la publication du *DSM-III-R*. Les débats suscités par l'homosexualité ont mis en évidence « l'impossibilité d'établir un diagnostic de trouble mental sans se référer, au moins implicitement, à tout un ensemble de normes et de jugements de valeur » (Gayda *et al.*, 1985).

## 2. Structure et contenu du *DSM-5*

### 2.1. Structure du *DSM-5*

Le *DSM-5* comprend trois sections. La première contient l'introduction, des informations concernant l'emploi du manuel et des consignes concernant son utilisation en médecine légale. La deuxième section est consacrée à la présentation des troubles mentaux, aux critères proposés pour leur diagnostic et aux codes utilisés à des fins statistiques. Pour chaque trouble, sont indiqués les codes de la *CIM-9*, suivis (entre parenthèses) de ceux de la *CIM-10*, utilisés aux États-Unis à partir d'octobre 2014.

Les troubles mentaux présentés dans le *DSM-5* sont regroupés dans les 20 catégories suivantes :

- troubles neuro-développementaux<sup>15</sup> ;
- troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ;
- troubles bipolaires et troubles associés ;
- troubles dépressifs ;
- troubles anxieux ;
- troubles obsessionnels-compulsifs et troubles associés ;
- troubles liés au trauma et aux facteurs de stress ;
- troubles dissociatifs<sup>16</sup> ;
- symptomatologie somatique et troubles associés<sup>17</sup> ;
- troubles de l'ingestion et de l'alimentation ;
- troubles de l'élimination ;

- troubles du sommeil et de la veille ;
- dysfonctions sexuelles ;
- dysphorie liée au genre<sup>18</sup> ;
- troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et de la conduite<sup>19</sup> ;
- troubles liés à une substance et addictifs ;
- troubles neurocognitifs<sup>20</sup> ;
- troubles de la personnalité<sup>21</sup> ;
- paraphilies<sup>22</sup> ;
- autres troubles mentaux.

À ces regroupements de troubles s'ajoutent une 21<sup>e</sup> catégorie, celle des « Troubles du mouvement provoqués par la médication et autres effets adverses de la médication » et une 22<sup>e</sup> catégorie, dénommée « Autres situations qui peuvent attirer l'attention du clinicien »<sup>23</sup>.

La troisième section du *DSM-5* – intitulée « Modalités d'évaluation et modèles émergents » – contient quatre grandes parties : la première est consacrée aux instruments d'évaluation ; la deuxième représente l'esquisse d'une approche culturelle des problèmes de santé mentale ; la troisième est consacrée à un modèle alternatif pour les troubles de la personnalité<sup>24</sup> ; la quatrième et dernière partie réunit huit troubles proposés pour des études complémentaires (parmi ceux-ci figurent le syndrome psychotique atténué, le trouble lié à l'utilisation de la caféine, l'usage pathologique des jeux sur internet et la conduite suicidaire).

Dans la première partie de cette troisième section du *DSM-5*, sont présentés succinctement plusieurs outils :

- un instrument d'auto-évaluation de niveau un, conçu pour les adultes, permettant une estimation symptomatique transversale de 13 domaines psychiatriques (allant de la dépression à l'utilisation de substances) ;
- un instrument d'évaluation transversale de niveau un, conçu pour les enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans, visant 12 domaines (allant des symptômes somatiques aux idées/tentatives suicidaires), instrument qui est administré par l'intermédiaire des parents ou de la personne en charge de l'enfant/adolescent respectif ;
- un instrument qui permet l'évaluation, par le clinicien, de la sévérité des symptômes psychotiques ;
- le Schéma d'évaluation de l'incapacité (*World Health Organization Disability Assessment Schedule* ou *WHODAS 2.0*), élaboré par l'Organisation mondiale de la santé, questionnaire<sup>25</sup> à auto-administration pour les adultes de 18 ans et

plus, qui évalue l'incapacité dans six domaines : compréhension et communication, déplacements, autonomie, relations avec les autres, activités (domestiques études/travail), participation à la vie sociale. Une adaptation de ce questionnaire a été réalisée pour les enfants/adolescents et leurs parents.

Dans le cas des deux premiers outils mentionnés ci-dessus, des instruments d'évaluation spécifiques (appelés de niveau deux) sont proposés. Ces instruments sont disponibles en ligne ([www.psychiatry.org/dsm5](http://www.psychiatry.org/dsm5)), mais ne sont ni traduits ni adaptés pour l'utilisation en français.

## 2.2. Critères diagnostiques explicites

Les *DSM-III*, *DSM-IV* et *DSM-5* sont basés sur un système opérationnel de critères diagnostiques. Par contre, ces critères varient d'une édition à l'autre en fonction des résultats de la recherche et des essais de terrain. L'adoption du système opérationnel de critères diagnostiques a été motivée par le besoin impérieux d'améliorer la fidélité diagnostique, habituellement faible, en psychiatrie (Spitzer et Fleiss, 1974).

Les critères opérationnels d'inclusion et d'exclusion dans une catégorie diagnostique ont été introduits par ce qu'on appelle maintenant l'école de Saint-Louis (Feighner *et al.*, 1972). Ces critères viennent pallier l'absence, en psychiatrie, de signes pathognomoniques et d'examen de laboratoire (Bourgeois, 1985).

Les critères diagnostiques sont descriptifs. Leur définition est précise et univoque, de manière à être communicable. Ils ont été validés empiriquement et possèdent une haute fidélité inter-juges (Pichot et Guelfi, 1985).

Dans l'Introduction au *DSM-III-R*, Spitzer et Williams (1989a) apportent deux précisions importantes. La première concerne le fait que, pour la plupart des catégories, les critères diagnostiques reposent sur un jugement clinique et qu'ils n'ont pas encore été totalement validés. La seconde précision fait état d'une révision des critères diagnostiques pour certaines catégories de troubles – notamment, pour les troubles de personnalité – et de l'adoption d'une démarche diagnostique qualifiée de **polythétique**. Ceci signifie que le diagnostic d'un trouble donné requiert la présence d'un nombre précis de symptômes parmi ceux qui figurent sur la liste dressée pour le trouble en question. Il est précisé, en même temps, qu'aucun symptôme de la liste n'est indispensable – sauf indication expresse – pour diagnostiquer le trouble considéré. Spitzer et

Williams considèrent que le caractère polythétique des critères augmentera la fidélité inter-juges en matière de diagnostic, comparativement à une démarche monothétique où, pour faire un diagnostic, la présence de chaque symptôme-critère est requise.

## **2.3. Principales modifications apportées dans le DSM-5**

La modification la plus importante effectuée par rapport aux éditions antérieures est l'élimination, dans le *DSM-5*, du système multiaxial. L'adoption de ce système à partir du *DSM-III* était la conséquence logique de l'athéorisme étiologique qui rendait nécessaire l'enregistrement de l'ensemble de l'information disponible (Pichot et Guelfi, 1985). Ce système avait été adopté afin d'assurer une évaluation minutieuse du point de vue psychologique, biologique et social (Skodol et Spitzer, 1985).

Les quatre premiers axes étaient typologiques, impliquant des catégories ; le cinquième axe était dimensionnel, l'évaluation se faisant sur un continuum. L'information recueillie grâce à l'évaluation multiaxiale – chaque axe représentant un domaine particulier – était susceptible d'aider le clinicien dans son choix thérapeutique et dans son pronostic. En effet, l'information recueillie concernait :

- sur l'axe I, la présence ou non d'un trouble majeur ainsi que toute autre situation pouvant faire l'objet d'un examen clinique ;
- sur l'axe II, la présence d'un trouble de la personnalité, du retard mental ainsi que du mode habituel d'utilisation des mécanismes de défense ;
- sur l'axe III, la présence de troubles ou affections physiques susceptibles d'avoir une signification étiologique ou une importance pour le traitement du cas ;
- sur l'axe IV, les problèmes psychosociaux et environnementaux qui peuvent affecter le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux présents chez une personne ;
- sur l'axe V, le jugement du clinicien concernant le fonctionnement global de la personne respectivement, notamment à l'aide de l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement, connue sous le sigle *GAF*.

Malgré son utilisation répandue et son adoption par certaines compagnies d'assurances et agences gouvernementales, les auteurs du *DSM-5* ont considéré

que ce type d'évaluation n'est pas nécessaire pour faire un diagnostic de trouble mental. Dans ces conditions, il est, toutefois, recommandé, d'une part, d'enregistrer les affections médicales physiques et d'autre part, d'utiliser la *WHODAS (variante 2.0)* qui pourrait ainsi remplacer l'échelle *GAF*. La disparition de l'évaluation multiaxiale, écarte aussi de l'évaluation de routine l'Échelle de fonctionnement défensif qui figurait parmi les éléments de recueil de l'information sur l'axe II.

Le *DSM-5* ne réalise pas le passage, souvent annoncé, de l'approche catégorielle à l'approche dimensionnelle des troubles mentaux. Sur les 15 pages (pp. 733-748) consacrées à l'approche dimensionnelle, le *DSM-5* fait plusieurs propositions à *minima* essentiellement sous la forme des instruments cités précédemment au point **B.1**. St-Onge (2014) cite à ce sujet deux des critiques majeurs du *DSM-5*, Allen Frances et Gary Greenberg, qui considèrent que le mode de présentation de l'approche dimensionnelle a été bricolé pour remplir le vide laissé par l'impossibilité d'utiliser, dans la classification et le diagnostic des troubles mentaux, un nouveau paradigme fondé sur la biologie.

Le passage au *DSM-5* concerne, aussi, de nombreuses modifications concernant le regroupement des troubles mentaux en catégories, les critères diagnostiques, l'apparition de nouvelles entités cliniques et la disparition d'autres. Tous ces changements ont déclenché de nombreuses critiques qui seront résumées dans la section 3 de ce chapitre.

## **2.4. *DSM-5* et la Classification internationale des maladies (*CIM-11*)**

Le *DSM* et ses critères opérationnels sont actuellement largement utilisés, particulièrement dans la recherche en psychopathologie. Dans la pratique clinique quotidienne, toutefois, une autre classification, la *Classification internationale des maladies (CIM)*, est beaucoup plus courante (Clark *et al.*, 2017). Une enquête menée dans 44 pays, auprès de 4 887 psychiatres (Reed *et al.*, 2011) a révélé que pour 70,1 % des répondants, la 10<sup>e</sup> édition de la *CIM* était le système de classification le plus utilisé dans le travail clinique quotidien (probablement, en partie, parce que les gouvernements des pays de ces répondants exigent son utilisation à des fins administratives et de facturation) (Maj, 2014) ; seuls 23 % des répondants ont déclaré utiliser principalement le *DSM-IV*. Un pourcentage plus faible de répondants (5,6 %) déclarait utiliser un

autre type de classification, comme la *Classification chinoise des troubles mentaux*, le *Glossaire cubain des troubles mentaux* ou la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*. Enfin, 1,3 % des répondants utilisaient des variantes plus anciennes de la *CIM*, la *CIM-8* et la *CIM-9*.

À l'origine de la *Classification internationale des maladies (CIM)* se trouve le travail de Jacques Bertillon, médecin français qui, en 1893, a proposé une classification des causes de décès. La base conceptuelle de sa classification avait été fournie par William Farr du Royaume-Uni et Marc d'Espine de Suisse qui, en 1853, lors du premier Congrès international de statistique tenu à Bruxelles, furent chargés de préparer une classification uniforme des causes de décès applicable au plan international.

La classification de Bertillon a fait, par la suite, l'objet de cinq révisions décennales. Après la création, en 1945, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fut publiée, en 1949, une sixième édition de la classification qui devient *Classification internationale des maladies (CIM-6)* et comprend, pour la première fois, une section spéciale consacrée aux troubles mentaux.

La version finale de la dernière édition, la *CIM-11*, a été publiée le 18 juin 2018 et devrait être soumise pour adoption à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2019, pour rentrer en application à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022. Le 6<sup>e</sup> chapitre de la *CIM-11* porte sur les troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux et comprend, comme le *DSM-5*, 20 catégories de troubles.

La comparaison des catégories de troubles dans les deux classifications – *DSM-5* et *CIM-11* – permet de constater que seules sept catégories ont des dénominations identiques : troubles neurodéveloppementaux, troubles obsessionnels-compulsifs et troubles associés, troubles dissociatifs, troubles de l'ingestion et de l'alimentation, troubles de l'élimination, troubles neurocognitifs, paraphilies. Pour d'autres catégories, les dénominations diffèrent ; ainsi, par exemple, pour la catégorie du *DSM-5* « troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » nous trouvons, dans la *CIM-11*, la catégorie « schizophrénie ou autres troubles psychotiques primaires » et les « troubles anxieux » du *DSM-5* apparaissent, dans la *CIM-11*, comme « troubles anxieux ou liés à la peur ».

Certaines catégories de troubles apparaissent uniquement dans l'une des classifications. Ainsi, quatre catégories (catatonie, troubles factices, troubles



mentaux ou du comportement associés à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité, syndromes mentaux ou comportementaux secondaires associés à des troubles ou à des maladies classées ailleurs) n'existent que dans la *CIM-11*. Quatre autres catégories (dysfonctions sexuelles, dysphorie liée au genre, troubles du sommeil et de la veille, autres troubles mentaux) sont présentes seulement dans le *DSM-5*. Les différences entre les deux classifications vont au-delà de la manière de désigner les catégories de troubles : pour certains troubles, les critères diagnostiques ne sont pas les mêmes et certains troubles n'apparaissent que dans l'une des classifications. Prenons comme exemple le stress posttraumatique.

Dans le *DSM-5*, le diagnostic de ce trouble se fait en fonction de la présence d'un nombre établi de symptômes parmi ceux regroupés dans quatre catégories qui font référence : (1) au fait de revivre l'événement traumatique, (2) à l'évitement persistant de tout ce qui est en relation avec l'événement, (3) à des modifications cognitives et de l'humeur et (4) à des modifications de l'activation et de la réactivité. Ces quatre catégories (désignées dans le *DSM-5* avec les majuscules B, C, D et E) regroupent 20 symptômes et la présence d'un nombre minimal dans chaque catégorie est requise (un dans B et C et deux dans D et E), soit un total de six symptômes sur les 20 décrits.

Dans la *CIM-11*, le diagnostic du stress posttraumatique doit se faire à partir de la présence de six symptômes se trouvant dans trois regroupements qui correspondent au fait de revivre dans l'ici et maintenant l'événement traumatique, d'éviter ce qui rappelle l'événement et d'un sentiment fort de menace. Le fait de ne retenir que six symptômes exprime la préoccupation des auteurs de la *CIM-11* d'augmenter la spécificité du diagnostic en éliminant les symptômes communs avec d'autres troubles (notamment, la dépression majeure) et en ne gardant que ceux supposés au cœur de l'entité clinique stress posttraumatique.

Cette simplification fait l'objet de discussions et l'étude de Mitchell *et al.* (2017) menée sur un échantillon national d'anciens combattants des guerres d'Iraq et d'Afghanistan apporte notamment, des données qui la remettent en cause. Il s'agit d'une analyse de type réseau qui, basée sur la supposition que les troubles psychiatriques sont des réseaux de symptômes interdépendants, fournit des informations sur les symptômes les plus importants pour un réseau. Les résultats obtenus montrent que les symptômes les plus importants étaient l'état émotionnel négatif persistant, les efforts pour éviter les rappels externes, les

efforts pour éviter les pensées ou les souvenirs, l'incapacité de vivre des émotions positives, des rêves pénibles, et des pensées ou souvenirs intrusifs pénibles. Ceci indique que trois des six éléments les plus centraux du réseau seraient éliminés du diagnostic dans le cadre de la proposition faite pour la *CIM-11*.

Une autre spécificité de la *CIM-11*, par rapport au *DSM-5*, est l'introduction d'une nouvelle entité, le *stress posttraumatique complexe*. Ce syndrome peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent d'événements prolongés ou répétitifs dont il est difficile ou impossible d'échapper comme, par exemple, la torture, l'esclavage, les campagnes de génocide, la violence domestique prolongée, les abus sexuels ou physiques répétés au cours de l'enfance. En plus de devoir satisfaire les critères diagnostiques du stress posttraumatique, la forme complexe se caractérise par des problèmes graves et omniprésents de régulation des affects, par des croyances persistantes qu'on est diminué, vaincu ou sans valeur, accompagnées de sentiments profonds et omniprésents de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique, ainsi que par des difficultés persistantes à maintenir des relations avec les autres et à se sentir proche d'eux. Notons, enfin, que le stress posttraumatique complexe provoque une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre.

## 3. Critiques et perspectives

### 3.1. Critiques de l'athéorisme

Le rejet, par les auteurs du *DSM*, de toute théorie qui n'aurait aucune conséquence pratique heurte, sans nul doute, un certain nombre de cliniciens européens. Ceci n'est pas surprenant car, depuis près de deux siècles, sur le vieux continent, la tradition veut qu'on élabore des théories psychopathologiques générales qui servent de support à la nosologie.

Une première cible des critiques formulées après la diffusion en France du *DSM* est son orientation comportementaliste, résultat direct de son athéorisme. Ce glissement et ses conséquences sont souvent mentionnés dans les publications disponibles. Parce que athéorique, disent certains auteurs, le *DSM* n'utilise pas l'approche structurale qui cherche à reconnaître les effets d'une

structure dans un tableau clinique donné. Pour cela, le manuel de l'APA ne s'intéressait, fatalement, qu'aux « symptômes de surface »<sup>26</sup>, c'est-à-dire aux comportements et, comme le soulignaient Tremine *et al.* (1985), cette référence comportementaliste ne peut être récusée sous couvert d'agnosticisme.

Dans le contexte comportementaliste mentionné, il faut aussi examiner le problème de l'inclusion dans une grille sémiologique de traits latents, problème que posent les troubles de personnalité décrits auparavant sur l'axe II. La question est de savoir, comme l'indiquait Widlöcher (1985), à partir de quand certaines données observables ou déductibles de la situation psychanalytique peuvent être retrouvées dans des conditions standard d'examen.

La cotation par symptôme et le choix restreint d'items, pensent certains critiques du *DSM*, obligerait le clinicien, lorsqu'il fait le diagnostic, à ne choisir les symptômes que parmi ceux qui lui sont offerts (Tremine *et al.*, 1985). Et, en relation directe avec ceci, mentionnons les critiques portant sur le recours continu et quasi-systématique à la quantification, pour définir les symptômes selon la règle du « tout ou rien », pour valider certains symptômes en fonction de la durée, pour affirmer un syndrome lorsqu'on a atteint un nombre de signes<sup>27</sup>. Il s'agit là d'un aspect qui déconcerte bon nombre de cliniciens français qui soulignent, notamment, que lorsque la quantification devient déterminante, elle se fait au risque d'une perte d'information.

Le glissement vers une orientation comportementaliste n'est pas le seul argument avancé pour démontrer que l'objectif de présenter une psychopathologie athéorique est loin d'être atteint dans le *DSM*. À ce sujet, Pelsser (1989) écrivait que le *DSM-III*, tout entier, se fondait sur de nombreux postulats théoriques implicites qui pourraient être remis en question. Pellet *et al.* (1985) soulignaient, notamment, l'abondance des formulations « dû à », « imputable à », régulièrement présentes dans l'énoncé des critères diagnostiques, formulations qui laissent planer des doutes sur l'athéorisme du *DSM*. Le bien-fondé de cette remarque faite lors de la réunion portant sur le *DSM-III* et la psychiatrie française (Paris, 1984) a été reconnu par Spitzer qui annonçait qu'un changement de formulation était envisagé (cf. Samuel-Lajeunesse, 1985). Des formulations comme celles mentionnées continuent, cependant, d'apparaître dans le *DSM-IV* et le *DSM-5* chaque fois que des preuves empiriques le permettent.

Après avoir examiné les bases conceptuelles de plusieurs catégories diagnostiques, Singer (1985) écrivait que l'athéorisme du *DSM-III* n'est qu'une illusion. La notion de schizophrénie, par exemple, résulterait d'un compromis entre les concepts de Kurt Schneider et, accessoirement, ceux de Bleuler. Dans la catégorie « états anxieux », prédominaient les concepts comportementalistes et biologiques. Enfin, Singer notait que les concepts psychodynamiques<sup>28</sup> subsistent dans les états somatoformes et les troubles de conversion.

Tout ceci peut, à juste titre, nous amener à nous demander si l'athéorisme affiché ne cache pas l'existence d'un **polythéorisme** réel<sup>29</sup>, profondément ancré dans la structure du *DSM*. Une telle hypothèse est alimentée par les propos de différents auteurs et avec le temps, l'idée que le *DSM* constitue l'expression d'une psychopathologie athéorique a de moins en moins d'adeptes.

## 3.2. Autres critiques

Les travaux pour l'élaboration des différentes éditions du *DSM* ont toujours occasionné des vifs débats. Ainsi, la préparation du *DSM-IV* a suscité de nombreuses polémiques, comme en témoignent, par exemple, la lettre adressée à l'éditeur des *Archives of General Psychiatry* par Taylor (1989) – suite à l'article dans lequel Spitzer & Williams (1988) lançaient un appel pour que des propositions soient faites en vue de l'élaboration du *DSM-IV* – et la réponse de ces deux auteurs (Spitzer & Williams, 1989b)<sup>30</sup>. Le ton ferme de ces échanges épistolaires laissait présager les polémiques suscitées par la nouvelle édition du *DSM* et, notamment, les débats qui ont fait rage autour du « syndrome prémenstruel » ou de la « personnalité dépendante », surtout parmi les femmes psychologues ou psychiatres, tout comme les critiques engendrées par le fait que tout change très rapidement (trop rapidement !) et qu'on assiste à une véritable « obsolescence planifiée ». À tout cela on peut répliquer qu'il y a là, sans doute, les prémices d'une réelle amélioration du *DSM* en tant qu'instrument utilisable et utile dans la pratique et la recherche psychopathologiques.

De la même manière, tout au long des travaux préparatoires pour le *DSM-5* et lors de la publication de celui-ci, de nombreuses critiques très virulentes se sont fait entendre. Des associations de lutte contre le *DSM* – comme *Stop DSM*, en France ou *Boycott DSM*, aux États-Unis – ont constamment milité contre la publication ou l'utilisation de ce manuel. Parmi les critiques les plus actifs s'est trouvé un des grands connaisseurs du *DSM*, Allen Frances, qui avait présidé le groupe de travail pour l'élaboration du *DSM-IV* et qui a publié, en 2013, un

ouvrage ayant le titre percutant *Saving normal : An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big pharma, and the Medicalization of ordinary life*. Ce titre attire l'attention sur deux des principales critiques formulées à l'égard du *DSM-5* : la médicalisation de la vie quotidienne et les conflits d'intérêts des membres des différents comités d'élaboration du *DSM-5* avec l'industrie pharmaceutique.

La médicalisation de la vie quotidienne, des comportements définis ou perçus comme socialement problématiques ou la médicalisation de nos émotions – pour utiliser la formule de Christopher Lane (2009) – sont dénoncées par de nombreux auteurs. Deux exemples reviennent souvent. Le premier concerne le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (*DSM-5*, pp. 156-160), diagnostic qui peut être fait si un enfant fait trois (ou plus) grosses colères par semaine pendant un an. Les partisans de l'utilisation de cette entité soutiennent qu'elle diminuera les diagnostics de trouble bipolaire. Le second exemple concerne la pathologisation du deuil. Effectivement, le diagnostic de dépression majeure pourra être fait, selon le *DSM-5* (p. 125), chez une personne endeuillée de plus de *deux semaines*, comparativement à plus de *deux mois* dans l'édition précédente du *DSM* (*DSM-IV-TR*, p. 852).

Bien que l'APA ait une politique très stricte concernant les conflits d'intérêts, une autre critique redondante porte sur le fait que les scientifiques impliqués dans l'élaboration du *DSM-5* seraient influencés par l'industrie pharmaceutique. L'inflation de diagnostics provoquée par la hausse du nombre de troubles figurant dans le *DSM* – ce nombre est passé de 106 dans le *DSM-I* à 297 dans le *DSM-IV* – augmenterait les prescriptions de psychotropes et donc, les profits des compagnies pharmaceutiques.

Une troisième critique porte sur l'absence de rigueur scientifique du *DSM-5* démontrée par l'examen des coefficients *kappa* (Friedman *et al.*, 2013). Le coefficient *kappa* reflète la magnitude de l'accord entre deux évaluateurs, en principe indépendants, sur la manière d'établir un diagnostic. Un score *kappa* de 1,0 signifie que l'accord est parfait. Que dire alors, du coefficient *kappa* de la dépression majeure (0,28) considéré par les chercheurs comme « discutable » ?

### **3.3. Perspectives**

Malgré une large diffusion du *DSM*, nous constatons que la nosographie et la nosologie traversent actuellement une période de relative instabilité, résultat non

seulement des critiques adressées aux dernières éditions du manuel de l'APA, mais aussi de l'utilisation alternative ou de l'apparition de nouveaux systèmes de classification (comme la *CIM* – dont l'apparition d'une nouvelle édition est imminente – ou la Classification chinoise des troubles mentaux) et encore et surtout, les critiques à l'égard du système catégoriel<sup>31</sup>.

Trois insuffisances du système catégoriel sont le plus souvent citées. Les deux premières partent du constat que le système catégoriel n'est pas capable de couvrir la grande diversité des tableaux cliniques rencontrés dans la pratique. Dans ce contexte, nous assistons au recours fréquent à la notion de *comorbidité* et au diagnostic de *trouble non spécifié*, posé lorsque les symptômes d'un patient ne remplissent pas les critères requis pour faire le diagnostic. Le diagnostic de trouble non spécifié constitue, en fait, une modalité de gestion des incertitudes concernant le diagnostic et une façon de combler les lacunes du système diagnostique. Le troisième type d'insuffisance du système catégoriel est mis en évidence par l'*approche transnosographique* des troubles mentaux. Ce terme fait référence à une vision particulière des troubles mentaux issue des résultats des recherches des dernières années de génétique, de neuro-anatomie, d'imagerie cérébrale, de psychopharmacologie qui montrent que les frontières « classiques » entre catégories de troubles mentaux sont fragiles, artificielles, voire inadéquates (Ionescu, 2010).

Dans ce contexte, plusieurs perspectives sont envisagées : la transition vers une combinaison des approches catégorielle et dimensionnelle (ce que le *DSM-5* tente en partie), le passage à l'approche dimensionnelle et la continuation et l'approfondissement des recherches sur l'étiologie des troubles mentaux. Aux États-Unis, l'Institut national pour la santé mentale (NIMH) mise sur un projet intitulé « Research Domain Criteria (RDoC) project », visant à développer la recherche qui permettra de mieux définir, évaluer et mettre en relation les composantes de base biologiques et comportementales du fonctionnement psychique normal et pathologique. L'objectif final est de développer de nouvelles modalités de classification des troubles mentaux basées sur des dimensions du comportement observable et sur des mesures neurobiologiques, notamment des marqueurs biologiques des troubles mentaux.

En attendant de telles évolutions, une partie des chercheurs et des praticiens utilisera de manière pragmatique le DSM qui a son utilité dans les recherches de type épidémiologique et dans celles visant l'évaluation des thérapies. Son utilité sociale a aussi été souvent mentionnée : il s'agit du fait que l'attribution d'un

diagnostic peut représenter une condition pour la prise en charge des frais thérapeutiques.

Certains ont peur du *DSM*, craignent qu'il fasse tort. Je leur citerai les mots de la présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, Rose-Marie Charest (2013) : « le *DSM-5* ne peut rien faire par lui-même. Le tort ou le bien qu'il causera sera fonction du degré de rigueur, de sens critique et de prudence dont fera preuve le professionnel qui l'utilisera. J'ai confiance que les psychologues continueront de mettre à contribution l'ensemble de leurs compétences, quel que soit l'outil utilisé. » À cela, j'ajouterai que, comparé par Pichot (1985), à l'un des grands événements de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (la sixième édition du *Traité* de Kraepelin), considéré par Pichot et Guelfi (1985) comme critiquable mais ne pouvant pas être ignoré, le *DSM*, malgré ses lacunes et ses imprécisions, essaie de définir une approche athéorique de la psychopathologie dont le champ se rétrécira au fur et à mesure que nos connaissances étiologiques vont progresser.

### Résumé

La psychopathologie où la description des troubles se veut athéorique s'est définie aux États-Unis, lors de l'élaboration de la deuxième et, ensuite, de la troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, éditions connues sous les noms de *DSM-II* et *DSM-III*. L'approche athéorique vise à pallier les limites de nos connaissances concernant l'étiologie et à faciliter la communication entre les cliniciens d'obédiences théoriques différentes.

Afin d'améliorer la fidélité diagnostique, les différentes éditions du *DSM* proposent un système opérationnel de critères diagnostiques. Ces critères sont descriptifs, leur définition se veut précise et univoque. Ces critères reposent, cependant, sur un jugement clinique et n'ont pas encore été suffisamment validés.

Conçue sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, la version finale de la dernière édition (11<sup>e</sup>) de la *Classification internationale des maladies*, publiée le 18 juin 2018, comporte des différences par rapport au *DSM-5* aussi bien en ce qui concerne les catégories de troubles mentaux que les critères diagnostiques de ceux-ci.

L'athéorisme du *DSM* est la cible de différentes critiques. Parmi celles-ci se trouve son orientation comportementaliste, le fait de ne s'intéresser qu'aux « symptômes de surface ». Certains auteurs remarquent que l'objectif de présenter une psychopathologie athéorique est loin d'être atteint dans le *DSM*. En fait, celui-ci se fonderait sur de nombreux postulats théoriques implicites. Certains auteurs vont jusqu'à affirmer que l'athéorisme affiché cache l'existence d'un polythéorisme réel, profondément ancré dans la structure du *DSM*. En fait, le *DSM* tente de proposer une approche athéorique de la psychopathologie dont le champ se rétrécira au fur et à mesure que nos connaissances sur l'étiologie des troubles mentaux progresseront.



1. Une première épreuve du *DSM-III* fut présentée, en 1975, dans le cadre d'une session spéciale de la réunion annuelle de l'APA. Ultérieurement, lors de chaque réunion annuelle, une session spéciale fut consacrée à un aspect particulier du *DSM-III*.
2. Une série d'études sur le terrain fut conduite à partir de 1977. La plus importante étude dura deux ans (1977-1979).
3. L'abandon des numéros romains dans la numérotation des éditions reflète la volonté de l'Association américaine de psychiatrie de montrer que le *DSM-5* est un « document vivant » qui peut être modifié en ligne au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles connaissances dans le domaine. Les révisions ultérieures seront, donc, désignées DSM-5.1, DSM-5.2, etc.
4. Dans l'Introduction au *DSM-III*, Spitzer (1985, p. 10) écrit : « L'approche choisie dans le *DSM-III* est athéorique en ce qui concerne l'étiologie et la physiopathologie, sauf pour les troubles pour lesquels celles-ci sont clairement établies, et donc incluses dans la définition. Avec le temps, nul doute que l'on trouvera pour certains troubles d'étiologie inconnue, des étiologies biologiques spécifiques, pour d'autres, des causes psychologiques spécifiques, et pour d'autres encore, une interaction de facteurs psychologiques, sociaux et biologiques. »
5. Le terme d'« agnosticisme » désigne soit l'habitude d'esprit qui consiste à considérer toute métaphysique (ontologique) comme futile, soit l'ensemble des doctrines philosophiques (notamment, le relativisme ou le positivisme) qui admettent l'existence d'un ordre de réalité inconnaissable par nature.
6. Dans le *DSM III-R*, « chaque trouble mental est conçu comme un syndrome ou un ensemble comportemental ou psychologique cliniquement significatif » (p. 453).
7. Contrairement au trouble mental, la notion de maladie implique une étiologie et une pathogénie spécifiques.
8. Le terme nosographie désigne la classification méthodique des maladies.
9. Le syndrome qui porte le nom de Pierre Briquet (1796-1881) – auteur du *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* – est synonyme d'hystérie de conversion.
10. Le point de vue néo-kraepelinien fait aussi référence à l'existence d'une frontière entre la normalité et la maladie, de même qu'à l'existence réelle des maladies mentales (qui ne sont pas des mythes). Pour les néo-kraepelinien, la recherche visant l'amélioration de la fidélité et de la validité du diagnostic et de la classification devrait utiliser les techniques avancées de la recherche quantitative.
11. Dans la recherche et dans la pratique clinique actuelles, la majorité des néo-kraepelinien souligne, en fait, les bases biologiques des troubles mentaux et est neutre, ambivalente, ou, parfois même, hostile à l'égard des approches psychiatriques psychodynamique, interpersonnelle et sociale.
12. Ceux qui, conformément à la classification d'Engel (1977), peuvent être désignés comme exclusionnistes – représentés par les tenants des idées de Thomas Szasz (1975) – nient la notion même de maladie mentale. Leur raisonnement est le suivant : (a) si d'une part, les troubles psychiques peuvent être réduits à des altérations neurochimiques, ils sont du ressort de la médecine en général, et de la neurologie en particulier ; (b) si d'autre part, ces troubles ne peuvent s'expliquer par des altérations neurobiologiques, ils sont alors le résultat de problèmes existentiels qui ne sont pas du ressort de la médecine.
13. Charles Sanders Peirce (1839-1914), philosophe américain des sciences et mathématicien, présenta, en 1873, lors d'une rencontre du « Club métaphysique » qu'il avait fondé avec quelques amis à Cambridge (Massachusetts), un article dans lequel il formulait, pour la première fois, les principes de base du pragmatisme. L'article fut plus tard remanié et transformé en deux textes : « L'établissement de la croyance » et « Comment rendre nos idées claires » qui furent reproduits, en 1877 et 1879, dans *Popular Science Monthly*. Le second article avait été à l'origine écrit en français pour la *Revue philosophique*, où il parut en 1879. Son titre faisait référence aux doctrines de Descartes et de Leibnitz sur les idées claires et distinctes. Peirce soutenait que le critère de la clarté et de la distinction (au sens où Descartes et Leibnitz l'entendaient) doit être subordonné à une troisième condition, « le troisième niveau de clarté d'appréhension », qui est formulé dans « Comment rendre nos idées claires » en tant que « principe du pragmatisme » : « Considérons quels sont les effets pratiques que nous pensons que l'objet de notre conception peut produire. La conception de tous ces effets est la conception complète de l'objet. »

14. Dans le *DSM-III* (p. 305), l'homosexualité égo-dystonique était caractérisée, d'une part, par « un désir d'obtenir ou d'accroître une excitation de type hétérosexuel afin que puissent être engagées ou maintenues des relations hétérosexuelles » et, d'autre part, par « l'existence manifeste d'un mode d'excitation de type homosexuel explicitement décrit par le sujet lui-même comme contraire à sa volonté et source persistante de souffrance ».
15. Les troubles neuro-développementaux débutent et se manifestent tôt (souvent, avant l'entrée à l'école primaire), et sont caractérisés par des déficits développementaux qui affectent le fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel.
16. Les troubles dissociatifs se caractérisent par une perturbation de et/ou une discontinuité de l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation de son corps, du contrôle moteur et des comportements.
17. Cette catégorie remplace celle des troubles somatoformes (du *DSM-IV*) et regroupe des troubles qui ont en commun l'importance des symptômes somatiques, associée à une souffrance cliniquement significative. Dans cette catégorie rentrent, notamment, l'anxiété par rapport à une maladie, le trouble de conversion et le trouble factice.
18. La catégorie *dysphorie liée au genre* fait référence à la souffrance qui accompagne l'incompatibilité, chez une personne, entre le genre ressenti ou exprimé et le genre qui lui est attribué.
19. Les troubles regroupés dans cette catégorie concernent des problèmes liés à l'autocontrôle des émotions et des conduites, qui se manifestent dans des comportements qui violent les droits des autres et/ou entraînent la personne qui les présente dans un conflit significatif avec les normes sociétales et les figures d'autorité.
20. La catégorie *troubles neurocognitifs* regroupe des affections où le déficit clinique principal – acquis plutôt que développemental – est celui de la fonction cognitive ; la pathologie sous-jacente et fréquemment l'étiologie peuvent potentiellement être déterminées.
21. Le *trouble de la personnalité* est un mode durable d'expérience vécue et de conduite qui s'écarte de manière notable de ce qui est attendu dans la culture de la personne, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source de souffrance ou d'une altération du fonctionnement. Les dix principaux troubles de la personnalité forment les trois regroupements suivants : **A.** personnalité paranoïaque, personnalité schizoïde, personnalité schizotypique ; **B.** personnalité antisociale, personnalité borderline, personnalité histrionique, personnalité narcissique ; **C.** personnalité évitante, personnalité dépendante, personnalité obsessionnelle-compulsive.
22. Cette catégorie comprend le voyeurisme, l'exhibitionnisme, le frotteurisme, le masochisme sexuel, le sadisme sexuel, la pédophilie, le fétichisme et le travestisme.
23. Dans cette catégorie rentre une multitude de motifs de consultation liés à des problèmes relationnels, à l'abus et à la négligence, aux problèmes éducationnels et occupationnels, aux problèmes de logement et économiques, etc.
24. Dans ce modèle alternatif, les troubles de la personnalité se caractérisent par des altérations du fonctionnement de la personnalité et par des traits pathologiques de personnalité. Les diagnostics de troubles de la personnalité spécifiques qui découlent de ce modèle incluent les troubles de la personnalité antisociale, évitante, borderline, narcissique, obsessionnel-compulsive et schizotypique. Cette approche permet, aussi, de faire le diagnostic de « trouble de la personnalité – trait spécifié » qui peut être formulé lorsqu'un trouble de la personnalité est considéré comme présent mais les critères pour un trouble spécifique ne sont pas remplis.
25. Le questionnaire WHODAS 2.0 est composé de 36 items à évaluer sur une échelle en cinq points, allant de « aucune » [difficulté] à [difficulté] « extrême » ou « ne peux pas ».
26. Pour certains critiques, le choix délibéré des auteurs du *DSM-III* de rester à un niveau séméiologique, au sens médical, impose de prendre « pour argent comptant » ce qu'on voit, sans se soucier de l'éclairage. De cette manière, la fonction signifiante du symptôme se trouve réduite à un minimum. Or, nous savons qu'en psychanalyse tout comme en psychosomatique le symptôme n'a pas de valeur absolue (Wiener, 1985). Dans un article consacré à l'application du *DSM-III* à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Lefèvre *et al.*

(1983) écrivent que « le trouble psychopathologique fondamental n'est pas le symptôme (sans pour autant négliger son incidence spécifique), mais bien la pathologie du Moi sous-jacente, et les différences ne se situent pas tant au niveau des symptômes et des comportements que des possibilités de mobilisation de la personnalité sous-jacente » (p. 468).

27. Tremine *et al.* (1985) notent que si ces façons de procéder sont utilisées par les auteurs du *DSM-III* pour éliminer la subjectivité, celle-ci persiste dans le choix des quantités.

28. En fait, la position du DSM par rapport à la théorie psychanalytique est beaucoup plus complexe. Widlöcher (1985) note que la classification des névroses dans le *DSM-III* n'est pas neutre et simplement descriptive : elle témoigne de l'abandon des références exclusives à la psychopathologie psychanalytique et de l'influence des nouveaux points de vue pathogéniques. En même temps, le souci d'écarter toute référence à une théorie explicative ou à des hypothèses étiologiques non vérifiables immédiatement, de même que l'utilisation exclusive de données empiriques identifiables pour tous les cliniciens peuvent apparaître, ainsi que l'écrit Widlöcher (1985), comme une critique à l'égard de l'influence de la psychanalyse. Cette critique ne reste pas, apparemment, sans réplique. Dans la synthèse finale de la réunion de Paris concernant le *DSM-III* et la psychiatrie française, Samuel-Lajeunesse (1985) remarque que l'aspect purement descriptif du *DSM-III* soulève des controverses qui apparaissent plus vives chez les participants qui se réfèrent à une psychopathologie dynamique.

29. Samuel-Lajeunesse (1985) cite M. de Bonis qui soulignait qu'il n'est pas possible de confondre l'athéorie totale et le polythéorisme.

30. Dans le cadre de cette polémique, Taylor (1989) critique les fréquents changements du DSM et cite Jampala *et al.* (1986, 1988) qui soulignaient les difficultés déjà engendrées par l'apprentissage d'une seule version de ce manuel. Dans leur réponse, Spitzer et Williams (1989b) défendent le principe de la révision périodique du DSM, de l'amélioration continue de celui-ci sur la base des progrès scientifiques et des résultats de l'application sur le terrain du DSM. Selon Spitzer et Williams, le problème de l'imperfection de la classification n'est pas spécifique à la psychiatrie. En effet, un spécialiste reconnu de la nosographie, Feinstein (1988), notait l'état scientifique « déplorable » de la classification de la médecine clinique, telle qu'elle apparaît dans la Classification Internationale des Maladies.

31. Selon une tradition d'inspiration médicale encore en vigueur, nous décrivons et travaillons en psychopathologie avec des entités ou des catégories ayant le même statut que les entités médicales.

# **Chapitre 2**

## **Psychopathologie behavioriste**

### **Sommaire**

- 1. L'approche behavioriste des comportements anormaux**
- 2. Le behaviorisme paradigmatique ou social**

L'article de Watson, intitulé « La psychologie telle que la voit un behavioriste », considéré comme le manifeste de ce qui est devenu un des courants importants de la psychologie, est paru en 1913<sup>1</sup>. Dans les presque neuf décennies qui se sont écoulées depuis, le développement du behaviorisme et, par conséquent, de l'approche behavioriste de la psychopathologie, a pris plusieurs orientations, dont trois sont particulièrement importantes<sup>2</sup>. En fait, comme le soulignait Maher (1966), pendant longtemps il n'a pas existé un véritable « modèle behavioriste » intégré de la psychopathologie. Nous disposons plutôt d'une importante quantité de données concernant les déterminants de différents types de réponses humaines.

La première orientation dans le développement du behaviorisme est basée sur le conditionnement classique ou répondant, lié aux travaux d'Ivan Petrovitch Pavlov. Dans ce type de conditionnement, un stimulus neutre (le son d'une cloche, par exemple) présenté un nombre suffisant de fois en contiguïté avec un stimulus inconditionné (la nourriture), arrive à déclencher une réponse semblable à celle que déclenche le stimulus inconditionné.

Tout au long de son activité scientifique, Pavlov s'est intéressé aux maladies mentales. Vers la fin de sa vie, il a élaboré un ouvrage consacré aux réflexes conditionnels et à la psychiatrie qui fut publié, en anglais, en 1941. Les travaux effectués dans le laboratoire de Pavlov et portant sur les névroses expérimentales sont présentés dans le chapitre 10 de ce volume.

Le paradigme du conditionnement classique est utilisé dans les travaux du courant sud-africain de thérapie behavioriste, représenté surtout par Joseph Wolpe (Wolpe, 1959, 1969 ; Wolpe & Lazarus, 1966), de même que par l'école anglaise de thérapie comportementale qui, à l'initiative de Shapiro (1951) commença l'étude expérimentale de cas cliniques, au département de psychologie de l'hôpital Maudsley de Londres. Cette initiative fut fortement encouragée par le directeur de ce département, Eysenck, le représentant le plus connu de l'école anglaise (Eysenck, 1960, 1964).

La deuxième orientation dans le développement du behaviorisme est celle du conditionnement opérant ou instrumental, élaboré par Thorndike et Skinner (Skinner, 1953, 1971) et présenté au public francophone, par Richelle (1972), dans un ouvrage devenu classique. Pour les représentants de ce courant, la réponse est émise spontanément par l'organisme et entraîne un changement dans l'environnement. Les réponses sont émises avec une certaine fréquence et leur

probabilité d'apparition augmente si elles sont renforcées<sup>3</sup>. Pour Skinner, tout comportement est contrôlé par ses conséquences dans l'environnement. Le milieu a donc un rôle fondamental dans le behaviorisme skinnérien : il sélectionne certaines réponses de l'organisme.

La dernière orientation dans le développement du behaviorisme est représentée par le behaviorisme de troisième génération, appelé social ou paradigmatique<sup>4</sup>. Élaboré par Staats<sup>5</sup>, ce behaviorisme est présenté comme une théorie hiérarchique à plusieurs niveaux<sup>6</sup>, théorie qui constitue une tentative d'unification des différents courants de la psychologie. Le cinquième niveau de la théorie de Staats est consacré au comportement anormal. L'intérêt de la démarche de Staats et le fait que les psychopathologistes de langue française connaissent très peu cette nouvelle approche<sup>7</sup> expliquent pourquoi une partie de ce chapitre est consacrée au behaviorisme social ou paradigmatique. Cette partie est précédée d'un très bref exposé des éléments de base de l'approche behavioriste classique des comportements anormaux. Des présentations détaillées de cette approche sont disponibles dans les ouvrages consacrés principalement à l'utilisation thérapeutique du behaviorisme, signés par Seron, Lambert et Van Der Linden (1977), Ladouceur, Bouchard et Granger (1977), Fontaine (1978), Cottraux (1984), Fontaine, Cottraux et Ladouceur (1984), Leveau *et al.* (1989).

## **1. L'approche behavioriste des comportements anormaux**

Dans l'optique behavioriste, les comportements anormaux et normaux sont acquis et maintenus par des mécanismes identiques et selon les lois générales de l'apprentissage (Seron *et al.*, 1977)<sup>8</sup>. Les publications disponibles nous offrent un grand nombre d'exemples d'acquisition, par apprentissage, des troubles psychopathologiques. Paul & Bernstein (1973) notamment, constatent l'existence de trois modes d'acquisition de réponses anxigènes mésadaptées. D'autres auteurs discutent les modèles comportementaux d'acquisition d'une phobie (Mollard & Cottraux, 1984), des obsessions-compulsions (Cottraux *et al.*, 1984) ou des conduites inadaptées de l'enfant (Forget & Otis, 1977).

Les behavioristes rejettent toute cause interne comme cause ultime du comportement et lient l'apparition de tout comportement à l'environnement.

Ceci explique l'importance accordée à l'analyse fonctionnelle du comportement anormal, analyse destinée à préciser les variables environnementales qui sont en relation avec le comportement respectif. Une telle analyse se fait à l'aide des informations recueillies grâce à différentes techniques (Bouchard *et al.*, 1980).

Après avoir défini de manière opérationnelle le comportement étudié, le clinicien cherche à déterminer la fréquence, la durée ou l'intensité de celui-ci. Il cherchera aussi à préciser les conditions spécifiques environnementales qui précèdent, accompagnent ou suivent les comportements étudiés. Ceci permet de préciser les stimuli qui précèdent le comportement en question, de décrire ce comportement (en termes de fréquence, de durée ou d'intensité) et d'établir les conséquences ou modifications de l'environnement qui apparaissent juste après le comportement considéré.

Pour atteindre ces objectifs, le chercheur peut procéder, avec au moins un autre observateur indépendant, à une observation directe, en utilisant des modalités comme l'observation continue (où tout ce qui se passe est noté), l'observation de type événementiel (qui consiste à enregistrer la fréquence du comportement), l'observation de la durée du comportement, l'observation par intervalle temporel ou par échantillon de temps<sup>9</sup>.

Lorsque l'observation en milieu naturel est difficile ou impossible, le clinicien peut faire de l'observation en laboratoire, en simulant, dans la mesure du possible, une situation analogue.

D'autres méthodes utilisées pour faire l'analyse des comportements sont : (a) l'auto-observation (le sujet note lui-même la fréquence ou la durée de ses comportements inadaptés) ; (b) l'entrevue qui, dans ce contexte, est directive et centrée sur l'obtention d'informations concrètes spécifiques et pertinentes (les questions commencent surtout par « comment ? », « quand ? », « où ? », « quoi ? ») ; (c) le jeu de rôle, considéré comme une alternative intéressante à l'observation du comportement en milieu naturel ; (d) des questionnaires visant à obtenir un échantillon de ce que le sujet fait dans diverses situations précises<sup>10</sup> ; (e) des mesures physiologiques qui permettent d'évaluer la valeur émotionnelle d'une situation.

La position du behaviorisme concernant l'apparition des troubles psychopathologiques a conduit à l'élaboration d'une série de techniques visant l'élimination des comportements qualifiés de pathologiques, déviants, inadaptés ou indésirables. Ces techniques sont connues sous le nom de thérapie

comportementale ou de modification du comportement<sup>11</sup>. Conduites selon des règles précises et impliquant un monitoring continu, les techniques de thérapie comportementale se centrent sur les symptômes des patients. La disparition du symptôme-cible ne signifie pas seulement que la technique utilisée est bonne. Elle valide, en même temps, la position théorique sous-jacente à la thérapie comportementale<sup>12</sup>. Or, pour les adversaires de l'approche behavioriste de la psychopathologie, le symptôme n'est que le signe d'un conflit interne, n'est que la solution la plus économique que le patient a trouvée pour résoudre partiellement ce conflit. Dans ces conditions, traiter le symptôme ne change rien au conflit qui lui est sous-jacent. Pour cette raison, les adversaires de la thérapie comportementale parlent de substitution de symptômes : la disparition du symptôme-cible conduit à l'apparition d'un nouveau symptôme qui est plus inadapté, plus désorganisant que le précédent. Dans l'analyse qu'ils font de la **substitution de symptômes**, Seron *et al.* (1977) notent que Yates (1958), Eysenck (1959) et Rachman (1963) ont constaté sur un grand nombre de malades que la substitution est rare<sup>13</sup>. Elle n'apparaît que chez 5 à 10 % des patients et, pour ceux-ci, d'autres explications (provenant elles aussi de la théorie behavioriste) peuvent être avancées :

- le nouveau symptôme serait le résultat de l'apparition de conditions environnementales impossibles à contrôler ou à prévoir durant la thérapie ;
- comme la thérapie behavioriste vise un comportement-cible, fort probablement le plus important d'une série hiérarchisée de comportements inadaptés, la disparition de ce comportement-cible servirait de révélateur pour le ou les comportements qui le suivent dans la série envisagée.

Il est aussi possible que le comportement-cible lui-même réapparaisse lorsque la thérapie n'a pas pris en considération tous les stimuli qui contrôlent l'apparition de ce comportement. Il est donc normal que, dans la situation où ces stimuli se manifestent, le comportement puisse réapparaître. Ceci peut se produire, notamment, lorsque l'environnement n'est pas favorable au changement produit en situation thérapeutique.

## 2. Le behaviorisme paradigmatique ou social

Staats apporte des contributions dans les domaines de la nosologie et de la nosographie psychopathologiques, ainsi que dans celui de la compréhension des processus d'acquisition et de maintien des comportements anormaux. Ses



positions en matière de nosographie constituent une réaction aux catégories traditionnelles jugées inadéquates. Dès 1963, Staats propose une nosographie dans laquelle le comportement anormal est abordé en termes « de lacunes comportementales, de comportements incorrects, de contrôle incorrect du stimulus et de systèmes de renforcement inadéquats ». Plus tard, Staats (1986) note que cette première taxonomie du comportement anormal<sup>14</sup> est très abrégée et expéditive. Tout en constatant que les données permettant de compléter un système behavioriste de description et de classification des comportements anormaux ne sont pas encore disponibles, il propose une série de modifications et de compléments au schéma initial.

Les comportements anormaux sont regroupés, cette fois-ci, en deux catégories de base :

- les lacunes comportementales, catégorie qui réunit les comportements qui, par leur absence, nuisent à l'adaptation de la personne à son environnement social ou physique ;
- les comportements incorrects ou inadéquats qui nuisent par leur présence à l'adaptation.

Le statut des autres catégories de la classification originale, celle du contrôle incorrect du stimulus et celle des systèmes de renforcement inadéquats, est réexaminé et elles sont considérées maintenant comme des sous-divisions des deux catégories de base.

Les lacunes comportementales et les comportements incorrects peuvent survenir dans l'une ou l'autre des trois sphères de la personnalité décrites par Staats : (a) le système A-R-D (émotionnel – motivationnel) ; (b) le système linguistique et (c) les répertoires instrumentaux<sup>15</sup>. Cette mise en relation des catégories de comportements anormaux et des sphères de la personnalité découle de la conception de Staats que la personnalité est constituée de répertoires comportementaux de base. Dans ces conditions, une des tâches importantes de la psychopathologie est d'étudier les cas de maladie mentale en termes de personnalité, donc de répertoires comportementaux de base, et d'examiner ensuite chaque sphère de personnalité en termes de lacunes comportementales ou de comportements incorrects. Dans les paragraphes suivants, trois exemples serviront à illustrer cette manière d'aborder les troubles psychopathologiques.

- Le manque d'intérêt, d'ambition, de buts, ainsi que l'indifférence affective rencontrés chez les patients présentant une schizophrénie sont interprétés comme des lacunes du système émotionnel-motivationnel. C'est le contraire de

ce qui se passe avec une personne motivée et intéressée par quelque chose, qui a appris à donner des réponses émotionnelles positives intenses à certains stimuli rencontrés, antérieurement, dans sa vie. Ces stimuli constituent ensuite des buts et engendrent chez cette personne des comportements de longue durée, continus et exigeants. Ces stimuli émotionnels ou leur représentation (telle qu'on la trouve dans le langage, par exemple) ont une fonction directive et servent à récompenser et, par conséquent, à maintenir le comportement actuel de la personne.

- Les mécanismes de défense, mis en évidence et développés dans le cadre de l'approche psychanalytique, constituent des comportements verbaux. Lorsqu'une personne fait appel presque exclusivement à de telles séquences verbales, elle se trouve privée des moyens qui lui permettent de penser, de raisonner, de planifier et de prendre des décisions adaptées à la réalité. Dans de telles conditions, les mécanismes de défense apparaissent comme des comportements incorrects se manifestant au niveau du système linguistique (ou linguistique-cognitif) de personnalité.
- De nombreux patients psychotiques hospitalisés manifestent des lacunes au niveau des répertoires de comportements instrumentaux. Des lacunes sévères concernant les habiletés sociales peuvent d'ailleurs conduire à l'hospitalisation permanente de ces patients. Staats (1986) note que parfois, en clinique, on ne considère que les comportements qui apparaissent davantage comme problématiques aux yeux des membres de la communauté, et qu'on néglige ainsi d'autres lacunes au niveau des comportements instrumentaux. Ceci peut avoir des conséquences importantes pour la dynamique de l'acquisition de comportements instrumentaux nécessaires à l'adaptation du patient à son environnement social ou physique.

Dans le cadre de son approche du comportement anormal, Staats (1986) insiste sur l'importance de l'histoire d'apprentissage du patient. En étudiant cette histoire, le clinicien devrait s'intéresser aux conditions d'apprentissage que Staats décrit comme lacunaires ou inadéquates.

Pour illustrer les effets des milieux lacunaires, Staats reprend le cas, publié antérieurement par Cameron et Garner (1951), d'un jeune homme diagnostiqué comme présentant une psychopathie constitutionnelle.

Le patient, qui se trouvait en prison pour avoir falsifié des chèques, avait une attitude moraliste : « Il admit au départ son méfait, reconnut que cela était mal et dit qu'il s'excusait. » Pour Cameron et Garner, c'est l'indulgence excessive de la mère du patient, pour qui il était une idole, et la protection excessive de sa famille qui sont à la base des problèmes du patient. Dans chaque situation tendue avec ses pairs ou ses enseignants, sa mère et ses sœurs « lui laissaient toujours entendre qu'il avait eu raison d'agir ainsi et que c'étaient les autres qui avaient tort ». Lorsque les enseignants faisaient état de « la difficulté de faire confiance à cet enfant », sa mère et ses sœurs s'indignaient et « soutenaient que de telles affirmations étaient fausses... ». Le patient travailla pendant trois ans dans la marine marchande d'où il dut partir « parce que indésirable ». Marié, entre-temps, à une femme plus âgée que lui, qui avait travaillé dans l'enseignement et qu'il avait épatée avec de faux exploits, ils retournèrent, lui et son épouse, dans sa famille. En découvrant les mensonges du patient, son épouse les excusa en les considérant uniquement « un peu exagérés ». C'est après ce retour à la maison qu'il fut emprisonné, pour la première fois, dans un des États américains voisins. Dans cette situation, sa mère et son épouse allèrent partout où il avait signé des faux chèques, payèrent les sommes en question et rendirent ainsi possible sa libération.

Selon Staats, ce cas démontre la manière dont un milieu lacunaire peut engendrer, d'une part des comportements anormaux, et d'autre part des lacunes dans les répertoires de comportements des sphères de la personnalité. En raison de l'attitude de son milieu familial, le patient n'a pas eu l'occasion de vivre des situations où les enfants apprennent, habituellement, à ne pas manifester des conduites d'aversion à l'égard des autres (Staats, 1963). En même temps, il s'agirait vraisemblablement de lacunes (en relation avec les caractéristiques du milieu de vie de l'enfant) dans l'acquisition de certains stimuli verbaux d'aversion (« ne fais pas... » ; « dangereux » ; « arrête » ; « interdit » ; « illégal » ; etc.) qui provoquent des réponses émotionnelles négatives, qui suscitent des réponses instrumentales d'évitement, qui diminuent les comportements antisociaux (Staats, 1963). Enfin, il s'agirait aussi de ce que Staats (1963) décrivait comme des lacunes dans l'apprentissage des séquences de raisonnement qui permettent d'éviter les comportements qui entraînent des

punitions. L'ensemble des éléments évoqués montre que les lacunes du milieu affectent le développement adéquat des systèmes A-R-D (émotionnel-motivationnel) et linguistique-cognitif, ce qui explique (en partie tout au moins) les difficultés du patient.

Le cas de psychopathie présenté ci-dessus, de même que d'autres exemples qui peuvent, eux, illustrer les effets des milieux inadéquats d'apprentissage, permettent de comprendre comment le sujet a acquis un comportement anormal. Un autre problème, tout aussi fondamental, est la connaissance de l'environnement qui maintient le comportement en question. Partant du concept de « paradoxe névrotique » élaboré par Mowrer (1950) pour définir le maintien, en l'absence de conséquences positives, de comportements d'aversion, dévalorisants et non fonctionnels associés à la névrose, Staats (1986) pense que, dans leurs interactions avec les patients, les professionnels peuvent « alimenter » les symptômes qui les intéressent. Plusieurs observations (Staats, 1957 ; Ayllon & Michael, 1959 ; Harris *et al.*, 1964) paraissent confirmer que « des sentiments de sympathie, aussi bien intentionnés soient-ils, associés à une piètre connaissance du comportement humain, peuvent en fait susciter [et maintenir] plutôt qu'éliminer les problèmes de manifestation des comportements et d'états émotionnels internes » (Staats, 1973). Évidemment, l'analyse de l'environnement révèle d'autres conditions qui expliquent le maintien d'un comportement anormal en dépit de son caractère inadéquat pour le sujet<sup>16</sup>.

Staats a une vision dynamique, interactive du comportement anormal. Considéré, en même temps, comme variable indépendante et dépendante, ce comportement est en permanente interaction avec l'environnement où il apparaît. Si l'environnement peut produire un comportement, celui-ci affecte à son tour l'environnement. Dans une perspective psychopathologique, les lacunes comportementales ou les comportements inadaptes du sujet affectent l'environnement social de celui-ci qui, à son tour, influe sur le développement comportemental futur du sujet.

Pour faciliter la compréhension des comportements anormaux, Staats élabore trois principes de l'apprentissage (Staats, 1986) :

1. Le principe de la compétition behavioriste ou de la compétition entre apprentissage normal et anormal (Staats, 1971). Prenons comme exemple un enfant qui obtient ce qu'il désire en utilisant différentes modalités inappropriées de communication (gesticulations, cris, grognements, pleurnichements). L'enseignement d'un langage approprié à cet enfant est

difficile car l'attente nécessaire à tout apprentissage provoquera chez lui de l'aversion et renforcera davantage les comportements anormaux de communication.

2. Le principe du caractère hiérarchique et cumulatif de l'apprentissage de comportements anormaux est un principe valable aussi pour l'acquisition de comportements normaux, désirables. Conformément à ce principe, l'apprentissage suppose l'acquisition de répertoires superposés, hiérarchisés de comportements, où un niveau sert de base pour l'acquisition du niveau ultérieur.
3. Le principe de la spirale descendante de l'apprentissage cumulatif et hiérarchique des comportements anormaux. Dans le cas d'un enfant qui apprend plus lentement un répertoire comportemental de base, Staats (1986) décrit l'enchaînement suivant : « Moins la performance est avancée, moins elle est récompensée. Moins il y a de gratifications, moins se maintiennent les comportements d'apprentissage. Moins il y a d'apprentissage, moins il y a de récompenses et ainsi de suite. C'est dans ce type de spirale descendante du progrès relatif de l'apprentissage que se retrouve souvent l'enfant intellectuellement retardé ». De surcroît, l'apprentissage de comportements indésirables nuit à l'apprentissage des comportements appropriés. Nous pouvons même assister à une accélération du caractère descendant de la spirale lorsque l'acquisition de comportements anormaux entraîne une modification totale de l'apprentissage qui ne porte que sur des comportements indésirables : « l'acquisition de certains comportements anormaux permettra que d'autres comportements du même genre soient aussi acquis ou encore fournira des conditions propices à l'apprentissage de comportements anormaux ».

Un bilan des contributions du behaviorisme paradigmatique à la compréhension des troubles psychopathologiques révèle plusieurs aspects. La préoccupation de Staats d'intégrer les différentes approches de la psychologie se concrétise, dans ce domaine particulier, par le poids accordé à l'investigation des systèmes de personnalité. En ce sens, le behaviorisme paradigmatique s'accorde avec d'autres approches, plus traditionnelles, qui reconnaissent l'importance de la dimension personnalité en psychopathologie. Cette manière d'aborder les comportements dits anormaux a d'importantes implications pour la classification. En effet, les comportements anormaux chevauchent les catégories diagnostiques. Des lacunes dans les répertoires langagiers de base sont retrouvées dans des catégories aussi diverses que la déficience mentale, l'autisme, la schizophrénie, les troubles affectifs. Des lacunes dans le système

émotionnel-motivationnel se trouvent en schizophrénie, dans les cas de personnalité psychopathe, en neurasthénie. Tout ceci amène Staats à écrire qu'il « semble de ce fait que le système A-R-D constitue un niveau de description plus fondamental que les entités de la maladie mentale ». Dans cette perspective, l'étude du comportement anormal devrait être basée sur une analyse des répertoires comportementaux complexes constituant les trois sphères de la personnalité. Cette étude devrait, aussi, porter sur les conditions de milieu, de contexte social, qui ont conduit à l'acquisition et au maintien des répertoires comportementaux du patient, en tenant compte, comme nous l'avons vu, des interactions entre les comportements émis et l'environnement dans lequel ceux-ci apparaissent.

### **Résumé**

Trois principales directions dans le développement du behaviorisme – les deux premières basées sur les paradigmes du conditionnement classique et du conditionnement opérant et la troisième représentée par le behaviorisme social ou paradigmatique – ont influencé non seulement l'intervention thérapeutique, mais ont aussi marqué de manière importante le mode de compréhension des troubles psychopathologiques.

Dans l'optique behavioriste, les comportements anormaux et normaux sont acquis et maintenus par des mécanismes identiques et selon les lois générales de l'apprentissage. Les behavioristes rejettent toute cause interne comme cause ultime du comportement et lient l'apparition de tout comportement à l'environnement du sujet. Pour cette raison, le clinicien cherche à préciser les conditions spécifiques environnementales qui précèdent, accompagnent ou suivent les comportements étudiés. Il s'agit d'une analyse destinée à préciser les variables environnementales qui sont en relation avec les comportements respectifs.

Une problématique qui suscite beaucoup de débats est le statut du symptôme dans le cadre de l'approche behavioriste. La disparition de celui-ci, lorsqu'on utilise des techniques de thérapie comportementale, valide en même temps la méthodologie d'intervention et la position théorique sous-jacente à la thérapie comportementale. Contrairement à ce qui est souvent avancé, la

disparition du symptôme-cible ne mène que dans un nombre très réduit de cas à l'apparition d'un autre symptôme.

Le behaviorisme paradigmatique ou social accorde un poids particulier à l'investigation des systèmes de personnalité décrits par Staats et constitués de répertoires comportementaux de base. Ceci implique un examen de chaque sphère de personnalité en termes de lacunes comportementales ou de comportements incorrects. Dans le cadre de cette approche, une importance particulière est accordée à l'histoire d'apprentissage du patient et aux conditions d'apprentissage décrites comme lacunaires ou inadéquates. Les conditions qui contribuent au maintien des comportements dits anormaux et l'interaction de ces comportements avec l'environnement où ils sont émis constituent deux autres cibles de l'approche behavioriste sociale.

1. Les principales idées contenues dans ce texte sont : « (1) La psychologie est la science du comportement et non l'étude de la conscience par l'introspection. (2) Elle est une branche objective et purement expérimentale des sciences de la nature. (3) La psychologie doit négliger tous les aspects mentalistes et s'appuyer exclusivement sur des entités comportementales visibles telles que le stimulus et la réponse. (4) Le but de la psychologie est la prédiction et le contrôle du comportement. » (Seron *et al.*, 1977).
2. Weckowicz (1984) distingue trois modèles behavioristes de la maladie mentale. Dans deux cas, les modèles évoqués par Weckowicz et les orientations que nous mentionnons dans ce chapitre sont identiques : le conditionnement classique et le conditionnement opérant. À ces deux orientations nous rajoutons le behaviorisme social ou paradigmatique. Weckowicz ne le mentionne pas et cite, quant à lui, le modèle de Hull, auteur de la théorie Stimulus-Réponse (S-R), connue aussi comme la théorie de la réduction de la pulsion (Hull, 1943, 1964). Hull propose une relation mathématique entre les quatre principaux construits de sa théorie : la pulsion, la force de l'habitude, l'inhibition réactive et l'inhibition conditionnée. La théorie hullienne a influencé plusieurs psychologues, dont N. Miller (Dollard & Miller, 1950), O. Hobart Mowrer (1950) et E.J. Shoben Jr. (1949). Ceux-ci ont essayé de traduire la théorie psychanalytique dans le langage de la théorie S-R de Hull. Mentionnons aussi que Samoff Mednick (1958) a proposé une théorie de la schizophrénie basée sur la théorie S-R.
3. Les renforçateurs peuvent être positifs (par exemple, obtention de nourriture, suppression d'un stimulus nuisible, etc.) ou négatifs (par exemple, retrait de la nourriture, présentation d'un stimulus nuisible, etc.). Différents schèmes ou programmes de renforcement peuvent être utilisés. Le renforcement peut être continu ou partiel. Ce dernier peut, à son tour, être de type « proportion » (lorsque le renforcement est donné après un certain nombre – fixe ou variable – de réponses) ou de type « intervalle » (situation dans laquelle le renforcement suit la première réponse qui apparaît après un certain intervalle temporel qui peut être, lui aussi, fixe ou variable).
4. L'adjectif paradigmatique vient du nom paradigme qui désigne le mot donné comme exemple de déclinaison ou de conjugaison. Par extension, il s'agit d'une norme de pensée, d'un modèle d'action s'imposant à chacun. En sociologie, paradigme signifie « schéma ou modèle qui, après avoir synthétisé un ensemble d'acquisitions, dirige les recherches ultérieures visant à lui apporter des précisions complémentaires ou à la remettre en question » (Foulquié, 1978). C'est dans ce sens qu'est utilisé l'adjectif paradigmatique pour qualifier le behaviorisme de troisième génération.
5. Arthur W. Staats, professeur au département de psychologie de l'université d'Hawaï, est l'auteur de nombreuses publications, dont six livres (Staats, 1963, 1964, 1968, 1971, 1975, 1983). Le *Behaviorisme social* a été traduit en français, aux Éditions Behaviora, en 1986.
6. Ces niveaux sont présentés de manière détaillée dans Staats (1986) et dans l'ouvrage dirigé par Aimée Leduc (1984), *Recherches sur le behaviorisme paradigmatique ou social*.
7. Une importante activité de recherche dans ce domaine est menée au Québec, sous la direction d'Aimée Leduc, professeur à l'université Laval de Québec. Mentionnons aussi qu'en 1984 fut créée l'Association québécoise pour l'avancement du behaviorisme paradigmatique.
8. Les théories behavioristes ne présentent aucune définition intrinsèque du comportement anormal (Seron *et al.*, 1977). Son identification est, par conséquent, le résultat d'une appréciation subjective qui implique une discrimination entre comportements inattendus et attendus, basée sur un jugement social influencé par les valeurs morales et les normes sociales des juges, par certaines caractéristiques de la personne qui émet le comportement respectif (son âge et son sexe, sa classe sociale, etc.), par le contexte dans lequel apparaît ce comportement.
9. Dans le cas de l'observation par intervalle temporel, la période totale d'observation est divisée en intervalles égaux et l'observateur note, pour chaque intervalle, la présence ou l'absence du comportement. Lorsqu'il utilise le procédé de l'observation par échantillon de temps, le clinicien note ce qui se passe au cours des quelques secondes de la fin de chaque intervalle de temps. Pour le reste du temps, il peut noter l'apparition d'autres comportements.
10. Généralement, ces questionnaires contiennent des descriptions de situations par rapport auxquelles le sujet doit évaluer son comportement ou ses réactions. L'inventaire des peurs (« Fear survey Schedule ») de



Lang et Lazovik (1963), par exemple, permet d'identifier les stimuli qui provoquent des comportements phobiques. Le sujet doit évaluer, pour chaque item, l'intensité de la peur qu'il ressent.

11. Dans la modification du comportement, l'intervention vise aussi bien les comportements pathologiques que les comportements normaux, les individus ou les groupes. Actuellement, le terme de thérapie comportementale tend à être englobé dans celui de modification du comportement.

12. La relation entre étiologie et thérapeutique ne revêt pas la même importance pour tous les auteurs et, parfois, le pragmatisme se manifeste de manière très nette. Dans l'avant-propos du récent ouvrage intitulé *Thérapies comportementales en psychiatrie* (Leveau et al., 1989), nous pouvons lire : « Notre tâche de clinicien exige des méthodes de traitement efficaces et le résultat thérapeutique importe plus qu'une recherche étiologique des troubles. En thérapie comportementale, l'attitude est souvent plus thérapeutique qu'heuristique ».

13. Le fait que l'élimination des symptômes n'entraîne pas leur substitution a été aussi constaté par Bergin (1966), Davison (1967), Eysenck et Rachman (1965), Grossberg (1964).

14. Bandura (1968) qui a utilisé ce système de classification l'a dénommé « approche sociale de l'apprentissage du comportement anormal ». Dans son manuel de psychopathologie, Suinn (1970) utilise, lui aussi, la nosographie proposée par Staats.

15. Le système A-R-D fait référence aux différents stimuli (par exemple, biologiques, occupationnels, récréationnels, etc.) qui, en déclenchant chez le sujet des réponses émotionnelles (positives ou négatives), ont un caractère affectif ou conditionnel renforçant et directif. Dans le cadre du behaviorisme social, les stimuli de l'environnement déclenchent des réponses émotionnelles qui, à leur tour, déterminent le comportement du sujet en raison de la fonction renforçante et directive des stimuli qui les ont déclenchées. Les réponses émotionnelles sont apprises par conditionnement classique. Les différences dans les histoires d'apprentissage font que les sujets ont des systèmes A-R-D différents. Le deuxième système de personnalité est le système *verbo-cognitif* composé de trois répertoires comportementaux : le langage réceptif, expressif et réceptif-expressif. Les répertoires langagiers ont un rôle important dans toutes les étapes de la résolution de problèmes. Parmi les aspects importants du système de personnalité se trouvent le concept de soi (l'étiquetage que le sujet fait de ses caractéristiques physiques et de ses comportements) et l'intelligence (composée de répertoires spécifiques de comportements). Le système *instrumental* constitue le troisième système de personnalité. Il comprend des répertoires comportementaux très variés qui vont des premières habiletés sensori-motrices (prendre un objet, marcher) et de l'attention, aux habiletés sociales.

16. Deux situations, parmi celles que cite Staats (1986) permettent d'illustrer cette assertion. La surprotection et une grande indulgence des parents empêchent l'enfant d'apprendre à prendre soin de lui, à jouer en groupe, à développer des comportements sociaux. On se trouve, ici, devant des carences dans les conditions d'apprentissage de l'enfant. De plus, ce qui est admis à la maison est considéré comme inacceptable et anormal dans un groupe plus large. Le maintien d'un comportement indésirable peut aussi résulter du décalage temporel entre son renforcement immédiat et l'apparition tardive de ses conséquences aversives. C'est le cas, par exemple, de l'individu qui commet un viol et obtient immédiatement un renforcement sexuel susceptible de contribuer au maintien de son comportement sexuel, même si une sentence ayant un caractère aversif important est prononcée beaucoup plus tard.

# **Chapitre 3**

## **Psychopathologie biologique**

### **Sommaire**

- 1. Recherches concernant les bases biologiques de l'hystérie**
- 2. Biologie des comportements suicidaires**
- 3. Endophénotypes et épigénétique**

Une adaptation de la définition donnée par Pichot (1987) de la psychiatrie biologique, nous permet d'affirmer que la psychopathologie biologique désigne une orientation particulière des conceptions et des recherches dans lesquelles l'accent est mis principalement sur l'influence des modifications morphologiques ou fonctionnelles du système nerveux sur la genèse des troubles mentaux.

La thèse que les affections mentales ont un substratum organique est ancienne et son évolution est retracée en détail dans des ouvrages spécialisés d'histoire de la psychiatrie ou de la psychopathologie (Alexander & Selesnick, 1972 ; Postel & Quételet, 1983 ; Beauchesne, 1986). Dans ce texte, nous nous limiterons à un bref rappel des grands moments de cette évolution.

En 1822, Antoine L.J. Bayle (1799-1858) découvre la cause anatomique (une méningite chronique) de la paralysie générale, dont la nature syphilitique, soutenue en 1879 par Fournier, ne sera définitivement admise qu'après les travaux de Noguchi et Moore, en 1913. Bénédicte Augustin Morel (1809-1873) élabore la théorie de la dégénérescence, conçue comme « une déviation par rapport au type humain normal qui est transmise par l'hérédité et qui s'aggrave peu à peu jusqu'à l'extinction de la famille ». Cette théorie est reprise, ultérieurement, par Victor Magnan (1835-1912). En Allemagne, Wilhelm Griesinger (1817-1868) considère que le support des maladies mentales est à rechercher au niveau du système nerveux, dans une atteinte organique, même si on ne peut pas toujours en prouver l'existence. La psychiatrie anglaise est, elle aussi, dominée par le point de vue organiciste de Henry Maudsley (1835-1918), comparable à celui de Griesinger. À Moscou, Sergei Serguïevitch Korsakov (1854-1900) décrit en 1887 le syndrome qui porte son nom et où les troubles mentaux (amnésie surtout antérograde, désorientation, confabulation) sont associés à une polynévrite et ont généralement l'alcoolisme comme cause déterminante. Un peu plus tard, Aloïs Alzheimer (1864-1915) et Arnold Pick (1851-1924) isolent les démences préséniles.

L'œuvre d'Emil Kraepelin peut être considérée comme l'apogée de la psychiatrie organiciste (Beauchesne, 1986). Il faut cependant noter que les classifications de Kraepelin ne reposent pas sur des critères étiologiques précis. En effet, si certains syndromes ont une étiologie définie (toxique, infectieuse, par exemple), d'autres, reconnus cliniquement, sont reliés à une affection endogène. La démence précoce et la psychose maniaco-dépressive constituent deux entités

très importantes parmi ces maladies endogènes, affections qui relèvent uniquement de l'individu qui en est atteint, de son « terrain », de sa « constitution », ainsi que de son « caractère moral ». Tout en gardant l'idée d'une origine organique des maladies mentales, Eugène Bleuler (1857-1939) met l'accent sur les mécanismes psychopathologiques et non plus sur la description des maladies. L'évolution ultérieure de l'organicisme implique l'apparition de deux courants, la psychobiologie et l'organodynamisme, qui marqueront le développement de la psychopathologie biologique.

La psychobiologie apparaît avec les travaux d'Adolf Meyer (1866-1950), neurologue ayant évolué vers la psychopathologie, qui pendant un demi-siècle a dominé l'enseignement de la pathologie mentale aux États-Unis et a mis son empreinte sur la première édition du *DSM*. Opposé à la conception kraepelinienne des maladies-entités, Meyer considère la pathologie comme une pathologie fonctionnelle de l'adaptation (Lidz, 1973). Les maladies sont des modalités diverses de réaction et le malade doit être considéré comme un tout, dans son ensemble « psychobiologique ». Meyer refusait les points de vue opposés selon lesquels les maladies mentales résultent simplement soit d'un trouble du cerveau, soit d'influences négatives de l'environnement. Il fallait faire entrer les deux en ligne de compte et Meyer crée le terme *ergasia* qui désigne « l'activité mentale intégrée ».

Auteur des *Études psychiatriques* (publiées de 1948 à 1954), de *La conscience* (1963), du *Traité des hallucinations* (1973), suivi de *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie* (1975), Henri Ey (1900-1977) élabore la théorie de l'organodynamisme. Il s'agit d'une tentative de dépasser les points de vue organicistes basés sur les localisations et l'anatomopathologie, en tenant compte des apports de la psychologie : « toute forme psychopathologique exige pour sa formation, à la fois et ensemble, un trouble organique primordial et une structure psychologique nécessaire qui en constitue la phénoménologie, la base existentielle ». Cette conception de Ey a exercé une grande influence non seulement en France, mais aussi dans d'autres pays.

Le développement extraordinaire, au cours des dernières décennies, de la psychopathologie biologique est le résultat, en premier lieu, des progrès technologiques qui ont permis de nouvelles approches dans l'étude des troubles psychopathologiques. Il s'agit, par exemple, de techniques permettant l'étude des récepteurs synaptiques ou de techniques d'imagerie cérébrale (caméra à positrons et résonance magnétique nucléaire) qui permettent l'exploration métabolique et morphologique du cerveau par des méthodes non invasives. Sans doute, le développement de la psychopathologie biologique est-il aussi en relation avec l'essor des techniques biologiques d'intervention thérapeutique et, notamment, de la psychopharmacologie. Il n'est pas sans intérêt de rappeler, dans ce contexte, que le seul psychiatre à avoir reçu le prix Nobel est Julius Wagner von Jauregg (1857-1940), inventeur de la malariathérapie<sup>1</sup>.

Les données accumulées dans le cadre de l'approche biologique de la psychopathologie sont très nombreuses. Différents ouvrages de synthèse, dont le premier manuel publié en français (Mendlewicz, 1987), en témoignent. Cependant, l'approche biologique apporte, malgré d'importants efforts, très peu de réponses définitives.

Dans certains cas, comme l'autisme infantile, les résultats disponibles tendent à montrer que si l'existence de bases biologiques ne fait plus de doute, la diversité des aspects biologiques qui se trouvent derrière un même diagnostic clinique est troublante (Leboyer, 1985 ; Grémy *et al.*, 1987 ; Cohen & Donnellan, 1987 ; Schopler & Mesibov, 1987 ; Foglio Bonda, 1987 ; Courchesne *et al.*, 1988)<sup>2</sup>. Force est de constater, en effet, la pluralité des régions anatomiques potentiellement impliquées dans la pathogénie de l'autisme. Et le mot d'« hétérogénéité » décrit très bien les autres données, biochimiques ou génétiques, recueillies dans ce domaine de recherche. C'est pratiquement l'inverse de ce qui se passe dans le cas de l'action d'un agent étiologique connu pour son neurotropisme, le VIH, responsable du Sida, qui entraîne des manifestations psychopathologiques très diverses, pratiquement sans aucune spécificité (Ionescu, 1989). L'exemple de l'autisme (d'autres exemples auraient pu être avancés) suggère la complexité des relations entre le tableau clinique ou l'expression psychopathologique et les aspects biologiques concomitants. Il s'agit sans doute là d'une des directions de recherche futures les plus passionnantes de la psychopathologie biologique.

En raison de la multitude des thèmes qui pouvaient être retenus pour illustrer le champ de la psychopathologie biologique, le choix n'a pas été facile.

Finalement, nous avons retenu l'hystérie, entité pour laquelle la majorité des cliniciens exclut toute idée de bases biologiques. Quelques chercheurs ont tenté, toutefois, de trouver de telles bases qui, à certains moments de l'histoire, étaient envisagées non pas dans le cerveau, mais plutôt du côté de l'utérus (Trillat, 1986).

Le second thème est celui des bases biologiques des comportements suicidaires, un des rares domaines où nous disposons de résultats concluants. Enfin, le troisième thème concerne deux concepts relativement récents, les endophénotypes et l'épigénétique, dont l'étude progresse beaucoup au cours des dernières années.

## 1. Recherches concernant les bases biologiques de l'hystérie

Les recherches entreprises dans ce domaine visent trois aspects particuliers : (a) la vérification de l'hypothèse génétique ; (b) l'étude des modifications psychophysiologiques et des troubles neuropsychologiques ; (c) l'étude de l'association entre hystérie et maladie cérébrale organique.

**La vérification de l'hypothèse génétique** comporte des études familiales et des études sur les jumeaux. Les études familiales disponibles tendent, à première vue, à confirmer l'existence d'une composante génétique dans l'apparition de l'hystérie. Les statistiques compilées par Briquet au XIX<sup>e</sup> siècle<sup>3</sup> et résumées, il y a dix ans, par Mai & Merskey (1981) montrent que les personnes dont les parents sont hystériques ont 12 fois plus de chances de développer une hystérie que les sujets nés de parents non hystériques. L'étude de Ljungberg (1957) est, de loin, l'étude moderne la plus ample sur le risque familial de présenter une hystérie. Elle implique, en effet, 381 probants<sup>4</sup>. Les taux de coïncidence pour les pères, frères et fils de probants hystériques sont respectivement de 2 %, 3 % et 5 %, comparativement aux mères, sœurs et filles, pour lesquelles les pourcentages sont respectivement de 7 %, 6 % et 7 %, et au taux estimé pour la population générale qui serait de seulement 0,05 %. Si pour les données obtenues au XIX<sup>e</sup> siècle, des réserves peuvent être formulées quant à la fiabilité du recueil des données, on peut également relever les limites de l'étude de Ljungberg, où l'on ne spécifie pas quels ont été les critères utilisés pour faire le

diagnostic d'hystérie dans la parenté des probants. L'étude publiée, deux ans plus tard, par Ey et Henric (1959) sur l'hérédité des névroses n'apporte pas de résultats plus concluants. Récemment, Manchanda et Merskey (1989) concluent que les données disponibles appuient plutôt une étiologie multifactorielle du phénomène hystérique.

L'étude de la concordance chez les jumeaux n'apporte pas de preuves que des facteurs génétiques spécifiques soient impliqués dans l'apparition de l'hystérie. La recherche de Slater (1961) porte sur 24 probants diagnostiqués cliniquement comme souffrant d'hystérie. Le diagnostic d'hystérie n'a pu être fait pour aucun de leurs 24 jumeaux – 12 monozygotes (MZ) et 12 dizygotes (DZ) – à l'exception d'une paire de DZ de sexe masculin, trouvés ultérieurement comme concordants pour le diagnostic d'hystérie (Shields, 1982). Torgersen (1986) étudie la contribution des facteurs héréditaires à l'apparition des troubles somatoformes tels que définis dans le *DSM-III*<sup>5</sup> et constate que la concordance est de 29 % pour les MZ et de 10 % pour les paires de DZ. Il conclut que la similarité des expériences vécues au cours de l'enfance influencerait la concordance plus que les facteurs génétiques.

Les résultats des études de la concordance des jumeaux conduisent les auteurs de trois synthèses bibliographiques de la question à réfuter l'hypothèse génétique de l'hystérie (Inouye, 1972 ; Shields, 1982 ; Manchanda & Merskey, 1989).

**L'étude psychophysiologique** des patients hystériques révèle l'existence d'une hyperactivation<sup>6</sup>. Dans une recherche portant sur un petit nombre (n = 10) de patients diagnostiqués comme présentant une « conversion hystérique », Lader et Sartorius (1968) constatent que ceux-ci ont un niveau d'activation (mesuré avec des indices physiologiques périphériques comme, par exemple, les fluctuations spontanées de la résistance cutanée, le rythme cardiaque) plus élevé que celui d'un groupe de 71 patients anxieux-phobiques. Les patients du groupe « conversion hystérique » rapportaient une anxiété plus élevée, bien qu'apparaissant moins anxieux lorsqu'évalués objectivement. Toutefois, les patients communiquaient peu de détresse émotionnelle, ce qui va de pair avec « la belle indifférence » décrite comme caractéristique des hystériques.

Dans une autre étude, Meares et Horvath (1972) constatent que sept des onze patients ayant des symptômes chroniques de conversion présentaient une activité végétative plus importante que la norme. Chez ces patients, l'habituación était globalement affectée. Dans une étude ultérieure, Horvath *et al.* (1980) concluent

que les difficultés à habituer ou l'impossibilité de réaliser l'habituation n'étaient pas liées aux niveaux anormalement élevés d'activation, mais étaient en relation avec l'incapacité des patients à faire abstraction des stimuli afférents inadéquats, à être inattentifs à ceux-ci. La présence de difficultés à habituer ou d'une lenteur dans l'habituation ont été mises en relation avec une prédominance hémisphérique droite (Gruzelier, 1981).

**Une investigation neuropsychologique** détaillée de l'hystérie suggère des problèmes de latéralisation cérébrale (Flor-Henry *et al.*, 1981). Cette recherche a impliqué l'évaluation, à l'aide d'une batterie de tests neuropsychologiques, de quatre groupes de dix sujets chacun : hystériques, dépressifs psychotiques, schizophrènes et témoins. L'analyse visant à identifier les variables neuropsychologiques qui discriminent le plus les groupes étudiés montre que le groupe de sujets hystériques présente, comparativement aux sujets normaux et dépressifs, une dysfonction plus grande de l'hémisphère dominant. Dans le cas du groupe de schizophrènes, l'analyse révèle une dysfonction plus grande de l'hémisphère non dominant, par rapport au groupe composé d'hystériques. En relation avec les problèmes de latéralisation, on peut mentionner que d'autres recherches ont montré que les symptômes de conversion apparaissent plus fréquemment du côté gauche du corps (Galín *et al.*, 1977) et que cette prépondérance s'applique autant aux droitiers qu'aux gauchers (Stern, 1977).

Pour Flor-Henry *et al.* (1981), les principaux déficits centraux dans l'hystérie sont : une affectation de la communication verbale, l'incongruité des réponses affectives et un déficit dans la compréhension des signaux somatiques endogènes. Tout ceci serait la conséquence d'un dysfonctionnement de l'hémisphère dominant qui produit, lorsqu'il apparaît chez la femme, une désorganisation secondaire de l'hémisphère contralatéral (non dominant) qui détermine ce que certains cliniciens appellent « la façade flamboyante » de l'hystérie féminine, mais qui, en même temps, masque son substratum hémisphère gauche.

Une méthode d'investigation du traitement cérébral des stimuli est l'étude des potentiels évoqués<sup>7</sup>. Cette méthode a été utilisée, à plusieurs reprises, avec des patients pour lesquels le diagnostic d'hystérie avait été fait. Hernandez-Péon *et al.* (1963) étudient les potentiels évoqués somato-sensoriels chez une fille de 15 ans présentant des troubles analgésiques et une anesthésie<sup>8</sup> thermique au niveau du membre supérieur gauche. Lorsque le membre droit indemne était stimulé, des potentiels évoqués somato-sensoriels étaient enregistrés au niveau



de l'aire pariétale gauche. Par contre, aucune réponse définie n'a été enregistrée dans la zone pariétale droite lorsque l'avant-bras gauche affecté a été stimulé. Sur cette base, les auteurs de la recherche ont fait l'hypothèse que l'anesthésie hystérique serait le résultat d'une inhibition de la transmission afférente du stimulus. Les résultats d'autres études (Levy & Behrman, 1970 ; Levy & Mushin, 1973) sont interprétés en relation avec une baisse de la sensibilité du récepteur périphérique et avec l'existence d'un mécanisme central d'inhibition agissant sur la voie afférente<sup>9</sup>. D'autres études n'appuient pas ces résultats, les réponses évoquées obtenues étant normales (Halliday, 1968 ; Behrman, 1969 ; Behrman & Levy, 1970 ; Moldofsky & England, 1975 ; Kaplan *et al.*, 1985 ; Howard & Dorfman, 1986).

**L'association de l'hystérie avec une maladie cérébrale organique** constitue un sujet très controversé. De nombreux cliniciens considèrent, en effet, que l'hystérie représente le prototype de l'affection fonctionnelle, sans corrélats organiques. Des informations particulièrement intéressantes pour cet aspect nous sont apportées par les études de suivi et, notamment, par celles de Slater (1965) et Slater et Glithero (1965). Initialement, ces auteurs ont examiné et diagnostiqué 112 patients. Neuf ans plus tard, un bilan de ce qui s'est passé fut disponible pour 85 cas. Parmi ceux-ci, 12 sont morts, 4 en se suicidant et 8 des suites d'une maladie organique. Sur le groupe restant, 7 patients seulement ont des symptômes classiques de conversion en réponse au stress et 14 autres présentent un trouble chronique de personnalité et des symptômes multiples. Ce que ces études révèlent de manière assez surprenante est que 49 patients (58 % des 85), chez lesquels on avait diagnostiqué initialement une hystérie, présentaient une maladie organique. Ceci amène Slater à la conclusion, souvent citée, que le diagnostic d'hystérie est « une illusion et un piège ». L'association de l'hystérie avec une pathologie organique est confirmée, dans un nombre important de cas, par Whitlock (1967), Kligerman et McKegney (1971), Merskey et Buhrich (1975). Dans 12 à 65 % de cas de patients ayant des crises hystériques, on rapporte une association présente ou passée avec l'épilepsie (Merskey, 1979 ; Fenton, 1982 ; Lesser, 1985).

Plusieurs publications montrent que dans la pratique médicale, la place où l'on rencontre le plus communément des symptômes hystériques classiques est la clinique neurologique (Merskey, 1979 ; Trimble, 1983 ; Marsden, 1986). Marsden (1986) se situe sur une position très neurologique et propose la notion « d'hystérie neurologique », définie comme la perte ou distorsion d'une fonction

neurologique, pas entièrement expliquée par une maladie organique (visible) ou fonctionnelle (invisible, mais probablement biochimique).

Une analyse transculturelle montre que les symptômes hystériques moteurs sans maladie organique apparaissent encore fréquemment dans les populations des pays en voie de développement. C'est probablement dans les pays développés, plus urbanisés, que les symptômes hystériques ont un lien défini avec la maladie physique et surtout avec les troubles cérébraux organiques (Kaplan *et al.*, 1985).

Si l'hypothèse génétique reçoit peu d'appui des recherches disponibles, les deux autres directions de recherche concernant les bases biologiques de l'hystérie paraissent plus fructueuses. L'étude psychophysiological révèle l'existence d'une hyperactivation et de difficultés d'habituation des réponses aux stimuli. En même temps, l'investigation neuropsychologique suggère l'existence de problèmes de latéralisation avec, notamment, une hypofonction des systèmes de l'hémisphère dominant qui conduit à une hyperactivation dysfonctionnelle de l'hémisphère non dominant. L'association de l'hystérie avec une maladie organique cérébrale est fréquente.

## 2. Biologie des comportements suicidaires

La principale direction de recherche dans le domaine de la biologie des comportements suicidaires<sup>10</sup> est celle de l'étude de l'acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA), métabolite du neurotransmetteur sérotonine<sup>11</sup>. La relation, depuis longtemps établie, entre dépression et suicide explique pourquoi une partie des recherches qui seront passées en revue dans cette section du chapitre a été effectuée sur des patients dépressifs. Dans une revue de la question, Post *et al.* (1980) constatent que le niveau de 5-HIAA dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) des patients dépressifs correspond à 78 % du niveau mesuré chez les sujets témoins. Ce pourcentage constitue la moyenne des données contenues dans les 15 études analysées. Les données obtenues par d'autres chercheurs vont dans le même sens (Åsberg *et al.*, 1984). En faisant ce constat, il faut aussi souligner que certains sujets-contrôles, en parfaite santé, ont des taux de 5-HIAA identiques à ceux des patients dépressifs. Ceci réduit, sans doute, la valeur pathognomonique de la baisse de 5-HIAA. Il est, toutefois, intéressant de noter que les sujets normaux en question tendent à avoir, dans leur famille, un nombre accru de cas de maladie dépressive (Sedvall *et al.*, 1980).

La superposition partielle des distributions des niveaux de 5-HIAA chez les patients dépressifs et chez les sujets normaux a conduit à la formulation de deux hypothèses très proches concernant la relation entre les troubles dépressifs et le métabolisme de la sérotonine. Conformément à l'hypothèse « permissive » (Prange *et al.*, 1974), un déficit central de la transmission sérotoninergique permet l'apparition du trouble dépressif, mais est insuffisant pour le produire. Selon la seconde hypothèse, appelée hypothèse « disposition » ou « vulnérabilité » (Van Praag, 1977), les troubles du métabolisme central de la sérotonine prédisposent à la dépression, sans avoir pour autant une signification causale directe.

Dès le début, l'étude des niveaux de 5-HIAA dans le LCR a montré que le groupe des patients dépressifs n'est pas homogène. Seul un sous-groupe de patients dépressifs a de faibles niveaux de 5-HIAA (Van Praag & Korf, 1971 ; Åsberg *et al.*, 1976a)<sup>12</sup>.

L'équipe de Marie Åsberg, qui travaille à l'Institut Karolinska de Stockholm, s'est interrogée sur les corrélats cliniques de la baisse de 5-HIAA. Ces chercheurs (Åsberg *et al.*, 1976b) trouvent une fréquence très élevée de tentatives de suicide, particulièrement avec des méthodes actives et violentes, chez les patients déprimés ayant des taux infranormaux de 5-HIAA dans le LCR. En effet, 40 % des patients déprimés ayant des basses concentrations de 5-HIAA, contre seulement 15 % de ceux qui ont des taux normaux, ont fait une tentative de suicide. Cette différence est statistiquement significative.

Un problème méthodologique se posait cependant dans le cas de cette recherche. Le groupe de sujets avec taux bas de 5-HIAA comprenait plus d'hommes. Or, habituellement, le niveau de 5-HIAA est plus bas chez les hommes. De plus, les hommes utilisent plus souvent que les femmes des méthodes violentes pour se suicider. Les effets de la variable sexe, ainsi que ceux de l'âge et de la taille<sup>13</sup>, ont été contrôlés par Träskman *et al.* (1981) qui ont constaté que les taux de 5-HIAA étaient effectivement inférieurs à la moyenne chez les patients suicidaires comparés à un groupe de sujets témoins appariés aux premiers pour les trois variables mentionnées. L'existence d'une relation entre comportements suicidaires et faible taux de 5-HIAA a été aussi vérifiée en Hongrie (Banki *et al.*, 1984) et en Espagne (Perez de los Cobos *et al.*, 1984). Une différence, toutefois, est à signaler entre ces deux recherches : si, en Hongrie, la relation porte sur les suicides violents, dans la recherche espagnole elle est indépendante des moyens que les patients utilisent pour se suicider. Ce

n'est que dans une seule publication (Roy-Byrne *et al.*, 1983) que la relation entre les taux de 5-HIAA et le comportement suicidaire n'est pas confirmée. Mais, même dans cette recherche, la relation décrite est confirmée pour les sujets à dépression unipolaire. Elle ne l'est pas, par contre, pour les patients du groupe bipolaire (maniacodépressifs).

D'autres recherches montrent que la baisse du 5-HIAA dans le LCR peut être mise en relation avec les tentatives de suicide observées chez des sujets non déprimés, mais ayant d'autres diagnostics comme, par exemple, troubles légers de la personnalité et état limite (Brown *et al.*, 1982), troubles de la personnalité avec angoisse (Träskman *et al.*, 1981), schizophrénie (Van Praag, 1983 ; Ninan *et al.*, 1984 ; Banki *et al.*, 1984), alcoolisme et troubles de l'adaptation sociale (Banki *et al.*, 1984)<sup>14</sup>.

Si les recherches présentées plaident en faveur de l'existence d'une relation entre les taux infranormaux de 5-HIAA et les tentatives de suicide, Träskman *et al.* (1981) notent que parmi les patients ayant fait une tentative de suicide, ceux ayant des taux bas de 5-HIAA ont un risque de suicide réussi plus élevé, atteignant 22 % de décès dans l'année suivant la tentative. Åsberg *et al.* (1987) confirment que parmi les patients qui font une tentative de suicide, ceux ayant des niveaux bas de 5-HIAA risquent dix fois plus souvent que les autres de mourir en se suicidant.

Sur la base des données disponibles, Åsberg (1987) fait l'hypothèse qu'une concentration basse de 5-HIAA dans le LCR peut être considérée comme un marqueur de vulnérabilité, reflétant un caractère familial (génétique) des fonctions sérotoninergiques<sup>15</sup>, ce qui n'exclut pas des caractéristiques acquises<sup>16</sup>. L'existence d'un facteur biochimique transmis génétiquement pourrait faire, selon Åsberg, que le système sérotoninergique soit caractérisé par une faible production (*low output*) de transmetteur ou, plus vraisemblablement, par un système instable. Dans ces conditions, la personne en question serait plus prédisposée à manifester, en situation de crise, des actes impulsifs et autodestructeurs.

Une tentative de suicide ne surviendrait probablement pas avant que la personne présentant la vulnérabilité mentionnée ne se retrouve dans une situation qu'elle perçoit comme désespérée. Évidemment, le fait d'avoir vécu antérieurement des événements traumatisants, de même que l'absence d'un

réseau social d'appui, contribuent au fait que la personne fasse une tentative de suicide.

Dans deux publications de 1987 (Åsberg, 1987 ; Åsberg *et al.*, 1987), l'hypothèse de la vulnérabilité biologique est élargie sur la base d'une série de données expérimentales et cliniques. Le lien entre le trouble du métabolisme de la sérotonine et la présence d'un comportement suicidaire se ferait par une défaillance dans le contrôle de l'agressivité.

Chez l'animal, on sait que les neurones sérotoninergiques participent au contrôle de l'agressivité. L'administration d'inhibiteurs de la synthèse de sérotonine peut engendrer une « fureur incontrôlable » chez des chats domestiques et faire que les rates en train d'allaiter leurs petits les tuent d'un coup de dent (Copenhaver *et al.*, 1978). On peut considérer que la vraisemblance de la corrélation entre hypoactivité sérotoninergique et agressivité a été démontrée chez l'animal (Valzelli, 1981)<sup>17</sup>.

De nombreux faits cliniques appuient la nouvelle hypothèse élargie. En 1927, déjà, Abraham soulignait l'existence d'une composante agressive dans la dépression ou le suicide. Åsberg *et al.* (1976b), qui notent le caractère souvent non prémédité et brutal des tentatives de suicide chez des sujets ayant des taux infranormaux de 5-HIAA, supposent que, dans ces cas, il pourrait s'agir de problèmes de contrôle des pulsions à caractère agressif. Brown *et al.* (1979) trouvent une corrélation négative significative entre les taux de 5-HIAA dans le LCR d'un groupe d'hommes et leur comportement agressif étudié par l'intermédiaire de tous les renseignements accessibles.

Les observations concernant les criminels sont particulièrement intéressantes dans l'étude des relations entre le métabolisme de la sérotonine, le comportement suicidaire et l'agressivité<sup>18</sup> : le taux de 5-HIAA est plus bas chez les personnes dont les actes criminels revêtent un caractère impulsif (Linnoila *et al.*, 1983) ou chez les sujets ayant tué leur partenaire sexuel, comparativement à d'autres meurtriers (Lidberg *et al.*, 1985)<sup>19</sup>. Dans ce contexte, une grande valeur doit être accordée à la recherche de Lidberg *et al.* (1984) qui ont publié trois cas où les parents ont tué leur enfant avant de tenter, sans réussir, de se suicider. Une ponction lombaire, réalisée juste après, montre que les sujets en question avaient des taux extrêmement bas de 5-HIAA dans le LCR. Ceci soutient l'hypothèse que la sérotonine joue un rôle important dans la capacité d'enrayer les pulsions agressives dans des situations très tendues du point de vue émotionnel. Il paraît,

par conséquent, vraisemblable qu'il y ait une relation entre les troubles du métabolisme cérébral de la sérotonine et les troubles de la régulation de l'agressivité, indépendamment de l'objet de cette agressivité. La découverte de la relation entre comportements suicidaires et taux infranormaux de 5-HIAA dans le LCR montre l'intérêt de l'étude des marqueurs de la sérotonine dans l'évaluation du risque suicidaire et constitue un important pas en avant dans le domaine de la psychopathologie biologique.

### 3. Endophénotypes et épigénétique

Le titre de cette section du chapitre sur la psychopathologie biologique fait référence à deux concepts relativement récents dont l'étude progresse beaucoup au cours des dernières années.

John et Lewis (1966) ont utilisé le concept d'*endophénotype* pour expliquer que la distribution géographique des sauterelles était fonction d'un trait qui n'était pas apparent dans leur *exophénotype* (le phénotype classique, visible). Ce trait constituait l'*endophénotype* décrit comme interne et microscopique. Différents autres termes ont été utilisés comme synonymes d'*endophénotype* : phénotype intermédiaire, trait sous-clinique ou infraclinique, marqueur biologique, marqueur de vulnérabilité.

Les endophénotypes ne constituent pas des symptômes sur lesquels peut être fondé, en clinique, le diagnostic. Ils représentent des traits invisibles lors d'un examen à « l'œil nu » ou « non armé ». L'*endophénotype* peut être constitué par des caractéristiques biochimiques, endocriniennes, neurophysiologiques, neuroanatomiques, neuropsychologiques ou cognitives.

La plupart des chercheurs s'accordent sur le fait que, pour être considéré comme un endophénotype, un trait doit : (1) être héréditaire ; (2) associé à la maladie ; (3) indépendant de l'état clinique ; (4) le trait respectif et la maladie doivent se transmettre au sein de la famille ; et (5) sa mesure doit pouvoir se reproduire (Gottesman et Gould, 2003 ; Bearden et Freimer, 2006). Les endophénotypes sont donc considérés comme des mesures quantitatives, obtenues en laboratoire et représentent des liens intermédiaires entre les contributions génétiques et les phénotypes cliniques.

Avec le temps, l'*endophénotype* est devenu un concept important dans l'étude des troubles psychiatriques complexes. Les recherches menées jusqu'ici ont

porté sur la schizophrénie, les troubles de l'humeur, l'hyperactivité avec déficit d'attention, la maladie d'Alzheimer ou les troubles de la personnalité. La schizophrénie est, toutefois, la pathologie pour laquelle nous disposons du plus grand nombre de résultats.

Le *filtrage sensoriel*, qui décrit les processus de filtrage des stimuli redondants ou inutiles parmi tous les stimuli environnementaux possibles, évite une surcharge informationnelle non pertinente dans les centres corticaux. Les déficits de ce filtrage ont été étudiés comme endophénotypes potentiels de la schizophrénie et figurent parmi les découvertes biologiques les plus robustes associées à ce trouble. Leur présence peut être mise en relation avec la théorie de Venables selon laquelle les anomalies d'attention et de traitement de l'information dans la schizophrénie sont en partie causées par des « inondations » de stimuli via une surcharge sensorielle ou par la défaillance des mécanismes de filtrage.

Un autre exemple d'endophénotype est issu des recherches sur les mouvements oculaires. Diefendorf et Dodge (1908) et, beaucoup plus tard, Holzman *et al.* (1973) ont mis en évidence, chez les patients ayant le diagnostic de schizophrénie, un dysfonctionnement des mouvements oculaires lorsqu'ils doivent poursuivre une cible qui se déplace. Ce dysfonctionnement se manifeste sous la forme de saccades correctives qui apparaissent après des mouvements oculaires réguliers, qui sont légèrement plus lents que ceux de la cible suivie.

De plus, le caractère héréditaire de cette anomalie a bien été documenté. En effet, elle a été décelée chez 40 à 80 % des sujets schizophrènes, chez 25 à 45 % de leurs apparentés de premier degré et respectivement, chez moins de 10 % des sujets témoins sans trouble mental. L'étude d'Arolt *et al.* (1996) a mis en évidence une relation entre le dysfonctionnement des mouvements oculaires et une région du chromosome 6.

L'étude des endophénotypes ouvre de nouvelles perspectives pour la compréhension de l'étiologie multifactorielle des troubles mentaux. Contrairement aux affections à transmission mendélienne, l'étiologie de ces troubles est très complexe. Chaque endophénotype est censé témoigner de la contribution d'un gène. La découverte des endophénotypes permettrait ainsi de déceler la constellation de gènes impliquée ainsi que la vulnérabilité de certaines personnes, fait important pour la prévention.

Selon Gottesman et Gould (2003) les endophénotypes offrent des indices plus simples que le syndrome lui-même sur ses fondements génétiques. En effet, ils permettent de décomposer ou déconstruire les diagnostics psychiatriques ce qui rend possible une analyse de la contribution de la génétique à l'apparition du trouble respectif.

Le terme *épigénétique*<sup>20</sup> apparaît, sous la forme *épigénotype*, dans un article publié par le généticien britannique Conrad Waddington dans *Endeavor*, en 1942. Dans cette publication, Waddington utilise le terme d'*épigénotype* pour désigner les processus développementaux qui se trouvent entre le génotype et le phénotype, mais ne donne pas une définition de l'épigénétique. Au sens large, l'épigénétique représente un pont entre le génotype et le phénotype, un phénomène qui modifie le résultat (l'expression) d'une région (locus) du génome, sans modifier la séquence ADN sous-jacente. Plus proche du sens dans lequel le terme d'épigénétique est utilisé actuellement, David Nanney (1958) parle de systèmes de contrôle épigénétique. Il oppose le contrôle génétique et épigénétique, ce dernier déterminant quel volume de la bibliothèque génétique devait être exprimé dans une cellule particulière.

À la base de l'épigénétique, concept qui dément en partie la « fatalité » de la transmission des caractères par les gènes, se trouve l'idée que tout n'est pas inscrit dans la séquence d'ADN du génome. Épigénétique signifie « au-dessus de la génétique » et Waddington, lui-même, a conçu l'existence d'autres mécanismes héréditaires en plus de la génétique classique. En effet, la connaissance de la séquence de l'ADN n'a pas suffi pour expliquer comment les gènes fonctionnent. De surcroît, l'épigénétique commence à expliquer comment l'environnement pourrait éventuellement moduler l'activité de certains de nos gènes pour modifier des caractères, voire induire certaines maladies qui pourraient être ensuite transmises à la descendance. Après 2000, l'étude de l'épigénétique s'est beaucoup développée et à partir d'une analyse de l'évolution du nombre de publications, Haig (2012), évoque une « épidémie » d'épigénétique !

Actuellement, l'épigénétique peut être définie comme la régulation de diverses fonctions génomiques, y compris l'expression génique, qui ne sont pas basées sur la séquence de l'ADN mais plutôt contrôlées par des modifications chimiques héréditaires et potentiellement réversibles de l'ADN et/ou de la structure de la chromatine (Geiman & Robertson, 2002). Plus largement, on sait aujourd'hui que les gènes peuvent être « allumés » ou « éteints » par plusieurs



types de modifications chimiques qui ne changent pas la séquence de l'ADN. Quels types de modifications connaît-on actuellement ?

- La *méthylation de l'ADN*, mécanisme extrêmement efficace de régulation de l'expression des gènes, consiste en l'ajout d'un groupe méthyle (CH<sub>3</sub>) au cinquième atome de carbone de l'anneau de cytosine. Il s'agit du marquage d'une zone de l'ADN qui empêche sa lecture. La méthylation peut être réversible ou persistante et peut, dans ce cas se transmettre aux enfants. Elle peut être de deux types : de maintenance (qui permet de conserver certains gènes inactifs ou silencieux après la division cellulaire) et *de novo* ou en réponse à l'influence du milieu.
- Les *modifications des histones*, protéines chargées d'empaqueter l'ADN, qui forment une sorte de pelote autour de laquelle s'enroule la double chaîne de l'ADN, créant ainsi le nucléosome. Les histones se regroupent pour former une sorte de tambour à huit pièces (l'octamère) sur lequel s'enroule l'ADN. Chaque histone formant l'octamère possède plusieurs queues qui dépassent de la structure et sont accessibles depuis l'extérieur. C'est au niveau de ces queues que les modifications épigénétiques – méthylation, phosphorylation, acétylation ou hydroxylation – se produisent. Les modifications des histones sont très rapides et dynamiques, déterminant ainsi de manière pratiquement immédiate les gènes qui doivent être activés.
- La *traduction de l'ARN en protéines*. Pour qu'un gène se transforme en protéine, l'ADN doit d'abord être transcrit en ARN messager (ARNm) qui est, ensuite, reconnu par les ribosomes, véritables usines moléculaires de synthèse des protéines. Les mécanismes épigénétiques qui régulent le passage de l'ARNm à la protéine agissent par l'intermédiaire de séquences d'ARN qui ne contiennent aucune information relative à la fabrication des protéines, les ARN non codants ou ARN non-messager (ARNnm, matière sombre, « ADN poubelle », sorte de fossile moléculaire). Les ARNnm à chaîne courte (micro-ARN) interagissent avec les ARN messagers ; ils possèdent entre 19 et 24 nucléotides et la plupart déploient un mécanisme d'action identique pour réprimer l'activité d'un gène et empêcher qu'il produise une protéine.

Les processus épigénétiques, qui régulent l'expression des gènes ont été largement présentés comme la « pièce manquante » du casse-tête étiologique de nombreux troubles neuropsychiatriques et neurodéveloppementaux dont la schizophrénie. Il est généralement admis que la schizophrénie, comme toutes les autres maladies complexes, est causée par des facteurs génétiques et environnementaux. Si des efforts importants ont été déployés pour identifier les

facteurs de risque environnementaux pour cette affection, les limites méthodologiques des études épidémiologiques ont empêché d'identifier les facteurs exogènes responsables de la schizophrénie.

Le modèle épigénétique de la schizophrénie peut être considéré comme le résultat d'une chaîne d'événements épigénétiques déviants, commençant par une pré-épimutation (un changement épigénétique qui se produit pendant la gamétogenèse ou l'embryogenèse). Une pré-épimutation augmente le risque de schizophrénie, mais cela ne suffit pas pour provoquer la maladie. Le résultat phénotypique, c'est-à-dire la présence ou l'absence de la maladie, dépend de l'effet global d'une série de facteurs pré- et postnatals sur la pré-épimutation.

Dans une revue des connaissances disponibles sur les processus épigénétiques dans la schizophrénie, Migdalska-Richards et Mill (2019) soulignent leur pertinence potentielle pour la compréhension de l'étiologie et décrivent les régions du génome et les voies génomiques impliquées dans les études récentes. La méthylation de l'ADN est la modification la mieux caractérisée et la plus étudiée. En effet, des études récentes ont identifié des modifications fréquentes de ce type dans de nombreux loci génétiques, impliquant notamment des gènes liés aux systèmes de neurotransmetteurs dopaminergiques, sérotoninergiques, glutaminergiques et GABA-ergiques, ainsi que de nouveaux loci dont la pertinence pour l'étiologie de la schizophrénie n'avait pas été rapportée auparavant. Migdalska-Richards et Mill (2019) considèrent que la poursuite des recherches sur l'épigénétique de la schizophrénie devrait se continuer en procédant, en même temps, à une intégration systématique des données génétiques et épigénétiques.

## Résumé

La psychopathologie biologique est l'approche dans laquelle l'accent est mis principalement sur l'influence des modifications morphologiques ou fonctionnelles du système nerveux sur la genèse des troubles mentaux.

La thèse que les affections mentales ont un substratum organique est ancienne et l'œuvre d'Emil Kraepelin est, généralement, considérée comme l'apogée de la psychiatrie organiciste. L'évolution ultérieure implique l'apparition de deux courants : la psychobiologie développée par Adolf Meyer et l'organodynamisme de Henri Ey.

Le développement actuel de la psychopathologie biologique est illustré par deux exemples, dont le premier est celui de l'hystérie. Les recherches entreprises dans ce domaine montrent que l'hypothèse génétique est peu appuyée par les résultats obtenus. Au plan psychophysiologique, une hyperactivation et une lenteur de l'habituation sont mises en évidence. L'investigation neuropsychologique révèle certains problèmes de latéralisation. Enfin, l'association de l'hystérie avec une maladie organique cérébrale apparaît comme fréquente.

Le deuxième exemple concerne la biologie des comportements suicidaires où la principale direction de recherche est celle de l'étude de l'acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA), métabolite du neurotransmetteur sérotonine. Des taux infranormaux de 5-HIAA dans le liquide céphalo-rachidien sont en relation avec les comportements suicidaires et constituent un marqueur de vulnérabilité. Les résultats récents font apparaître une relation entre les troubles du métabolisme cérébral de la sérotonine et les troubles de la régulation de l'agressivité, indépendamment de l'objet de cette agressivité.

Le troisième exemple concerne deux concepts relativement récents – l'épigénétique et les phénotypes – dont l'étude progresse beaucoup au cours des dernières années et qui, sans doute, permettront d'améliorer, d'une part, notre compréhension de l'étiologie des troubles mentaux et, d'autre part, leur diagnostic.

1. Wagner von Jauregg inocule, en 1917, à trois paralytiques généraux du sang prélevé sur un militaire paludéen. Von Jauregg reçut le prix Nobel de médecine en 1927.

2. En novembre 1988, la revue *Nature* publie, simultanément, deux articles sur la génétique de la schizophrénie. Dans le premier, Sherrington *et al.* faisaient état d'une première preuve importante en faveur de l'implication d'un seul gène (localisé sur le bras long du chromosome 5). Dans le second article, qui présente une étude réalisée sur une autre population, Kennedy *et al.* n'obtiennent pas le même résultat et concluent que, dans le cas de la schizophrénie, les facteurs génétiques sous-jacents sont hétérogènes.

3. Médecin, élu à l'Académie de médecine en 1860 (dans la section de physique et chimie médicale), Paul Briquet (1796-1881) fut, avant tout, un interniste. En 1859, il publie un ouvrage qui fit date, le *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, paru aux éditions Baillière, à Paris. Dans la note biographique qu'il lui consacre, Pierre Morel (1983) résume ainsi la contribution de Briquet au domaine de l'hystérie : « Il réfute le rôle des frustrations sexuelles, rattache la maladie à des émotions prolongées ou à des chagrins violents survenant chez des sujets prédisposés par leur hérédité ou leur "susceptibilité" particulière, et il contribue à accréditer la réalité d'une hystérie masculine alors très contestée (un homme pour vingt femmes selon lui)... »

4. Proband (ou *propositus*) est le nom donné au sujet malade qui est le point de départ d'une enquête familiale sur sa maladie (Gantier *et al.*, 1989).

5. Dans le *DSM III-R* (American Psychiatric Association, 1989), il est précisé que « les caractéristiques essentielles de ce groupe de troubles consistent en des symptômes physiques faisant évoquer des affections somatiques (d'où le nom : somatoforme), sans qu'aucune anomalie organique ne puisse être décelée ni qu'aucun mécanisme physiopathologique ne soit connu ». Dans cette catégorie rentrent, entre autres, les deux troubles suivants :

- le trouble de conversion (ou névrose hystérique de type conversif) qui fait référence à une affection pour laquelle on considère que des facteurs psychologiques jouent un rôle étiologique dans la perte ou l'altération de fonctions physiques faisant suggérer un trouble somatique ;
- le trouble de somatisation, trouble polysymptomatique fréquent et chronique survenant tôt dans la vie et considéré, antérieurement, comme relevant de l'hystérie ou du syndrome de Briquet.

6. En 1937, Rheinberger et Jasper dénomment pattern d'activation (*activation pattern*) le remplacement, sur le tracé EEG, de l'activité ample et lente (qui traduit la somnolence) par des ondes rapides et de petite amplitude. Le concept d'activation est entré dans le vocabulaire psychophysiologique suite à l'établissement de correspondances entre les tableaux EEG et comportementaux ; le tracé « activé » correspond, en effet, à un comportement vigile, attentif, alerte. Ultérieurement, la découverte des fonctions de la formation réticulée (FR) du tronc cérébral et des noyaux thalamiques non spécifiques a offert une interprétation au phénomène observé : la stimulation de la FR produit le « réveil » comportemental et l'activation bioélectrique du cerveau (Moruzzi & Magoun, 1949). Le système de neurones dont la stimulation directe ou indirecte produit l'activation cérébrale diffuse a été dénommé « système réticulé activateur ascendant » (SRAA).

En 1951, Lindsley formule la théorie activatrice des émotions et essaie, en fait, d'expliquer aussi bien l'émotion que la motivation en termes d'activation cérébrale. (*suite de la note p. 66*)

Malmo (1959) se réfère au degré ou au niveau d'activation, ce qui correspond grosso modo à la théorie de Lindsley selon laquelle on a affaire à un continuum de niveaux d'activation, avec leurs correspondants comportementaux allant du sommeil profond jusqu'à l'émotion forte, à la peur et à l'anxiété. Bloch (1966) propose d'utiliser le terme d'activation pour désigner l'intensification de l'activité du SNC et des processus périphériques qui en résultent (avec mobilisation énergétique consécutive), donc un changement de l'état fonctionnel. Selon Reuchlin (1981, p. 492), il serait souhaitable de distinguer « la vigilance (ou activité) qui s'observe sur le plan des conduites » de l'activation « qu'il vaudrait mieux réserver au passage d'un certain niveau de vigilance ou d'activité au niveau supérieur ». Eysenck (1976) se demande si l'on doit considérer l'activation comme un concept unitaire ou si l'on ne doit pas la diviser en composantes électrocorticale, autonome et comportementale.

L'importance de l'activation dans l'explication des mécanismes de l'activité psychique normale explique

pourquoi les chercheurs se sont penchés sur son étude en pathologie psychiatrique et dans les troubles du développement psychologique. Suite à des études expérimentales, on a mis en évidence, dans pratiquement toutes les névroses et les psychoses, des modifications de l'activation. Ces troubles se manifestent surtout sous forme d'hyperactivation, l'hypoactivation étant, elle aussi, présente dans certains cas (Duffy, 1962).

7. La stimulation périphérique s'accompagne de l'apparition de deux types de réponses corticales : réponses locales ou potentiels évoqués (PE) et réponses générales qui impliquent l'ensemble de l'activité électrique corticale. Les PE sont décelés dans l'aire de projection du système stimulé et ont une morphologie particulière (Stamatoiu, 1974).

8. Dans le cas de l'analgésie, il s'agit d'une abolition de la sensibilité à la douleur. L'anesthésie fait référence à une privation générale ou partielle de la faculté de sentir.

9. Dans une revue de la question, Miller (1984) aborde la question des lésions des structures du tronc cérébral qui modèleraient les relations avec le cortex cérébral et la seconde aire somato-sensorielle.

10. Parmi les premiers travaux sur la biologie du suicide se trouve celui de Bunney et Fawcett (1965) qui notent une relation entre le comportement suicidaire des patients déprimés et un taux élevé d'excrétion urinaire des métabolites du cortisol et proposent, sur cette base, l'estimation du risque suicidaire avec un test biologique. Apparemment, cette proposition n'a pas été suivie parce que le suicide, tout comme le niveau élevé d'excrétion urinaire de cortisol, sont en relation avec le stress. Une autre direction de recherche apparaît dans la publication de Linkowski *et al.* (1983) concernant la relation des réponses à la thyroestimuline avec le comportement suicidaire, chez des femmes dépressives.

11. Les neurotransmetteurs sont des substances libérées, sous l'influence de l'excitation, par les terminaisons nerveuses. Ce sont des messagers chimiques car ils transmettent l'excitation (l'information), au niveau de la synapse, d'un neurone à l'autre dans le cerveau, des nerfs aux muscles et aux différents organes. Les neurotransmetteurs les mieux connus sont : l'acétylcholine et la noradrénaline, la dopamine, l'adrénaline, la sérotonine, l'hystamine, l'acide gamma-amino-butyrique (GABA). Le neurotransmetteur qui nous intéresse dans ce chapitre, la sérotonine (5-hydroxytryptamine, 5 HT), se transforme en acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA).

12. Les taux bas de 5-HIAA se rencontrent essentiellement dans les dépressions sévères, c'est-à-dire les dépressions psychotiques (Davis *et al.*, 1981).

13. Les taux de 5-HIAA augmentent avec l'âge et diminuent avec la taille. D'autre part, la plupart des thérapeutiques antidépressives influencent les concentrations de 5-HIAA.

14. Des taux réduits de 5-HIAA ont aussi été retrouvés chez des alcooliques chroniques en phase d'abstinence (Ballenger *et al.*, 1979) et chez des patients présentant des troubles obsessionnels-compulsifs (Thoren *et al.*, 1980). Il n'est pas exclu que les patients de Thoren *et al.* aient également souffert de dépression. De même, un fond dépressif était, sans doute, présent chez les patients étudiés par Ballenger *et al.*

15. Schulsinger *et al.* (1979) ont étudié des sujets ayant fait des tentatives de suicide et qui avaient été adoptés lorsqu'ils étaient enfants. Ils trouvent une fréquence plus élevée de suicidés dans les familles naturelles que dans les familles adoptives de ces patients et ceci aussi bien pour des sujets qui avaient une maladie psychiatrique connue que pour ceux qui n'en avaient pas. Schulsinger *et al.* font l'hypothèse que cela pourrait être expliqué par l'existence d'un facteur biochimique transmis génétiquement. Ce facteur serait associé à un risque élevé de comportement suicidaire, indépendamment du type de l'éventuelle maladie psychiatrique.

16. Des expériences faites sur des animaux démontrent la possibilité de l'acquisition de tels troubles. Anisman *et al.* (1980) constatent que des situations d'impuissance acquise (aspect abordé, plus loin dans ce livre, dans le chapitre de psychopathologie cognitiviste) peuvent conduire, chez des souris, à des modifications fonctionnelles des monoamines. L'isolement social prolongé peut provoquer, chez des souris, un affaiblissement du processus de synthèse de la sérotonine (Valzelli, 1981).

17. Les expériences de Valzelli (1981) illustrent les interactions entre des facteurs génétiques et d'environnement, à la fois en ce qui concerne la synthèse de la sérotonine et le comportement agressif qui se développe à la suite de l'isolement. Dans ces expériences, l'intensité de l'affaiblissement de la synthèse

de sérotonine, ainsi que la fréquence des comportements agressifs varient en fonction des souches génétiques de souris.

18. De nombreuses observations montrent que les meurtriers constituent un groupe à haut risque suicidaire.

19. Dans une revue de la question, Van Praag (1984, cf. Van Praag, 1987) note que plusieurs groupes de chercheurs ont retrouvé un taux bas de 5-HIAA dans le LCR de personnes emprisonnées pour des crimes violents, ainsi que chez les personnes ayant des troubles de la personnalité avec une forte tendance à s'extérioriser de façon agressive.

20. Le terme *épigénèse* est ancien et a été utilisé par Aristote dans l'ouvrage *De la génération des animaux* pour définir le développement de l'embryon de poulet : les formes ne préexistaient pas dans le germe et étaient progressivement façonnées au cours du développement embryonnaire, l'embryon devenant de plus en plus complexe.

# **Chapitre 4**

## **Psychopathologie cognitiviste**

### **Sommaire**

- 1. Les théories cognitivistes de la dépression**
- 2. Apport des recherches sur le traitement inconscient de l'information**

L'origine du concept de cognition se situe, comme Hardy (1986) nous le rappelle, dans la division platonicienne de la *psyché* en trois domaines : l'émotion, la cognition (ou l'exercice de la pensée consciente et rationnelle) et la conation (notion qui fait référence à la motivation, à la volonté et à l'action). Le développement, très important depuis les années soixante, de la psychologie et de la psychopathologie cognitivistes a entraîné un élargissement du concept de cognition qui fait maintenant référence à l'ensemble des processus par lesquels une personne acquiert des informations sur elle-même et son environnement, et les assimile pour régler son comportement (Hardy, 1986)<sup>1</sup>. C'est ce qu'un des psychologues cognitivistes, Neisser (1976), exprime de manière synthétique lorsqu'il écrit que la cognition consiste en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir.

Les progrès réalisés dans le cadre de l'approche cognitive de la psychopathologie (approche qui se centre prioritairement sur les aspects cognitifs des troubles psychopathologiques) sont le résultat du développement simultané de la recherche clinique dans le domaine des thérapies cognitives et des études théoriques visant à expliquer, dans un contexte cognitive, l'apparition des troubles psychopathologiques. Ces deux orientations ne sont pas indépendantes, notamment parce que la grande majorité des chercheurs ayant travaillé dans ce domaine s'est intéressée, en même temps, aux aspects théoriques et à l'intervention.

L'approche cognitive a conduit à l'élaboration de plusieurs théories (Weckowicz, 1984). Parmi celles-ci, certaines mettent l'accent, en particulier, sur les troubles ou distorsions de la structure cognitive et s'intéressent surtout à « l'entrée » informationnelle (*l'input*). C'est le cas de ce qu'on appelle les deux précurseurs des théories cognitives actuelles : la théorie des « construits personnels » de Kelly (1955)<sup>2</sup> et le cadre théorique sous-jacent à la thérapie relationnelle émotive de Ellis (1962)<sup>3</sup>. Dans ce même groupe figure la théorie cognitive de la dépression de Aaron Beck (1967, 1976), auteur dont les contributions au développement de la psychopathologie cognitive sont fondamentales. La théorie de Beck s'est développée à partir de travaux ayant comme objectif de tester un certain nombre d'hypothèses psychanalytiques concernant les rêves de patients déprimés. Les études de Beck, professeur de psychiatrie à l'université de Pennsylvanie à Philadelphie, ont permis, d'une part, de structurer un cadre théorique pouvant expliquer l'apparition de la dépression et, d'autre part, d'élaborer un ensemble de techniques d'intervention



psychothérapeutique de plus en plus connu et utilisé (Blackburn & Cottraux, 1988). Contrairement à ce qu'on pourrait penser, l'approche cognitiviste et, notamment, la thérapie cognitive n'ont pas pour unique cible la dépression. Les manuels de Kendall et Hollon (1979), d'Emery *et al.* (1981) le montrent de manière très évidente.

Un deuxième regroupement réunit les théories qui s'intéressent surtout aux stratégies comportementales inefficaces et, par conséquent, à « la sortie » comportementale (l'*output*). Parmi celles-ci, la plus connue est la théorie de la dépression en tant qu'impuissance acquise, élaborée par Martin Seligman (1974, 1975) et, à présent, dénommée la théorie du désespoir d'Abramson, Seligman et Teasdale (1978). L'intérêt théorique et pratique des théories de Beck et d'Abramson *et al.* explique pourquoi la première partie de ce chapitre leur est consacrée<sup>4</sup>.

La démarche conceptuelle dominante en psychologie et psychopathologie cognitiviste est, actuellement, le paradigme du traitement de l'information. Conformément à ce paradigme, le fonctionnement humain peut être conceptualisé et compris en termes de : « comment l'information provenant de l'environnement et l'information interne sont traitées et utilisées » (Ingram & Kendall, 1986). Le sujet est ainsi conçu comme un système de traitement de l'information. Cette problématique faisant l'objet d'un nombre très important de recherches, nous avons décidé d'aborder, dans la deuxième section de ce chapitre, un des aspects les plus provocateurs : le traitement inconscient de l'information.

## 1. Les théories cognitivistes de la dépression

Deux théories cognitivistes expliquent l'apparition de la dépression : la théorie de Beck (1967) et la théorie élaborée par Abramson *et al.* (1978, 1987). Si Peterson et Seligman (1984)<sup>5</sup> considèrent que les études disponibles démontrent la validité des théories cognitivistes de la dépression, d'autres auteurs, comme Coyne et Gotlib (1983), aboutissent à une conclusion contraire<sup>6</sup>. Constatant ce désaccord, Abramson *et al.* (1988) pensent qu'il n'est pas possible d'évaluer la validité des théories cognitivistes de la dépression sur la base des études réalisées jusqu'à présent. Selon ces auteurs, les stratégies de recherche utilisées ne permettent pas de tester de manière adéquate les postulats de base des deux théories mentionnées, n'évaluent pas tous les types de relations causales que ces

théories impliquent et, enfin, ne tiennent pas compte de l'hétérogénéité des troubles dépressifs (il n'y a pas une dépression, mais des dépressions). Pour toutes ces raisons, Abramson *et al.* (1988) proposent de clarifier, de reformuler et, dans certains cas, de modifier les postulats de base des deux théories cognitivistes de la dépression.

Comme le travail d'Abramson *et al.* (1988), en plus d'être récent, ouvre des perspectives intéressantes pour le développement ultérieur de l'approche cognitive des dépressions, il sera utilisé dans cette section du chapitre, notamment pour organiser les données déjà classiques. L'analyse d'Abramson et de ses collaborateurs est basée sur une série de précisions terminologiques concernant la notion de cause. Dans un premier temps, Abramson *et al.* (1988) définissent, en fonction de leurs relations avec l'apparition des symptômes, trois types de causes : nécessaires, suffisantes et contributives<sup>7</sup> :

- la **cause nécessaire** représente un facteur étiologique qui doit être présent ou a dû être présent pour que les symptômes apparaissent. Ceci ne signifie pas que l'apparition des symptômes soit obligatoire dans tous les cas où la cause nécessaire a été présente ;
- la **cause suffisante** est un facteur dont la présence garantit l'apparition des symptômes. En même temps, ceci signifie que si les symptômes n'apparaissent pas, alors le facteur étiologique considéré n'est pas présent ou ne s'est pas manifesté,
- la **cause contributive** représente un facteur étiologique qui augmente la probabilité d'apparition des symptômes, mais n'est ni nécessaire, ni suffisante pour leur apparition.

Les causes peuvent aussi être différentes en fonction de leur relation séquentielle avec l'apparition des symptômes (Abramson *et al.*, 1988)<sup>8</sup>. Si l'on pense à une chaîne étiologique ou à une séquence d'événements qui culmine avec l'apparition d'un ensemble de symptômes, alors certaines causes peuvent agir vers la fin de la chaîne, près du moment d'apparition des symptômes (**causes proximales**) tandis que d'autres peuvent agir à l'autre bout de la chaîne, à distance du point d'apparition des symptômes (**causes distales**). Abramson et ses collaborateurs présentent la distinction entre causes proximales et distales en termes de dichotomie. Ils pensent, cependant, qu'il serait plus approprié d'envisager un continuum distal-proximal.

Dans le travail d'Abramson *et al.* (1988), la notion de cause est fondamentale parce qu'elle permet d'envisager la séquence d'événements qui conduit aux

symptômes dépressifs. Dans les paragraphes suivants, cette séquence (dans laquelle sont placés les principaux concepts classiques) sera examinée pour chacune des deux théories cognitivistes de la dépression.

## 1.1. Théorie de Beck

Cette théorie peut être schématisée sous la forme d'une chaîne causale séquentielle qui va des causes contributives distales, aux causes contributives proximales et conduit à la cause suffisante proximale de la dépression.

Dans la théorie de Beck, les causes contributives distales sont la **diathèse cognitive** et le **stress** produit par les événements de vie négatifs. Selon Beck (1967), il y a une diathèse (une disposition) qui fait que certaines personnes ont tendance à présenter plus que d'autres des distorsions cognitives négatives sur soi, sur le monde et l'avenir. Dans la théorie de Beck, la diathèse cognitive est constituée de ce qu'il appelle un **schéma**. En conformité avec les psychologues cognitivistes (par exemple Neisser, 1967), Beck définit le schéma comme une représentation organisée des connaissances antérieures qui oriente le traitement de l'information actuelle. Le schéma est constitué à partir d'informations recueillies au cours d'expériences passées. Stocké dans la mémoire à long terme, le schéma fonctionne de manière automatique. Le schéma dépressogène a un contenu négatif qui fait référence à des notions comme la perte, l'échec, l'inadéquation, etc. (Alloy *et al.*, 1985 ; Beck *et al.*, 1979 ; Kuiper *et al.*, 1988). Il sélectionne, filtre et interprète l'information, en donnant un sens dépressif aux événements que vit le sujet. Activé par le stress causé par les événements de vie négatifs, le schéma dépressogène conduit à des distorsions cognitives de l'information que reçoit le sujet (Beck, 1967).

Les distorsions cognitives (causes contributives proximales) sont considérées comme des produits relativement automatiques du traitement de l'information. Beck soutient que les personnes prédisposées à la dépression font des inférences irréalistes, extrêmes et illogiques quant à eux et à leurs environnements. Les distorsions cognitives comportent les types suivants d'**erreurs logiques** (Beck *et al.*, 1979) :

- l'inférence arbitraire, l'erreur logique la plus fréquente, consiste à tirer des conclusions sans preuves ;
- l'abstraction sélective est présente lorsque le sujet se centre sur un détail et ne perçoit pas la signification globale de la situation ;

- la surgénéralisation qui consiste à appliquer à toutes les situations possibles les éléments d'une situation isolée ;
- la majoration et la minoration, erreurs logiques qui consistent à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs et à dévaloriser les réussites et les situations positives, heureuses ;
- la personnalisation qui est présente lorsque le sujet surestime ses relations avec les événements négatifs, défavorables ;
- la pensée absolue, dichotomique, rencontrée lorsque le sujet s'enferme dans l'alternative du tout ou rien sans modulation possible entre les extrêmes.

Selon Abramson *et al.* (1988), la **triade cognitive négative** constituerait la cause suffisante proximale dans la théorie de Beck. Cette triade implique un point de vue négatif (ou une opinion négative) sur soi-même, des jugements pessimistes sur le monde extérieur et un point de vue négatif quant à l'avenir, notamment en s'attendant à ce que les difficultés présentes persistent<sup>9</sup>.

La présence de la triade cognitive négative s'accompagne de l'apparition des symptômes de la dépression<sup>10</sup> qui sont, selon Beck :

- l'auto-reproche (ou l'auto-critique) de ne pas réussir, par exemple, une tâche aussi bien qu'on se l'était imaginé ;
- la culpabilité (lorsque les choses tournent mal, la personne dépressive estime que c'est de sa faute) ;
- la dépendance accrue, conséquence de la vision négative qu'a le sujet de soi-même et du monde.

## 1.2. Théorie d'Abramson, Seligman et Teasdale

Élaborée par Abramson *et al.* (1978, 1987, 1988), la seconde théorie cognitiviste de la dépression est dénommée la théorie du désespoir (*hopelessness*). Antérieurement, elle était connue comme la théorie reformulée de l'impuissance<sup>11</sup> (*helplessness*) et de la dépression.

La théorie d'Abramson et de ses collaborateurs fait référence à une séquence de causes qui se termine par la cause proximale suffisante de la dépression : le désespoir. La séquence commence avec une cause contributive distale, **l'apparition d'événements de vie négatifs** ou la **non-apparition d'événements de vie positifs**. Une autre cause contributive distale est le **style dépressogène d'attribution** ou la **diathèse concernant l'attribution**. Il s'agit du fait que certaines personnes, contrairement à d'autres, manifestent une tendance générale

à attribuer les événements négatifs à des facteurs internes, stables et globaux<sup>12</sup> et à considérer ces événements comme très importants. En l'absence d'événements de vie négatifs ou en présence d'événements de vie positifs, les personnes qui manifestent ce style dépressogène d'attribution ne risquent pas plus de développer une dépression que les autres. Cet aspect de la théorie du désespoir est conceptualisé sous le nom de composante diathèse-stress (Abramson *et al.*, 1987 ; Kayne *et al.*, 1987, cf. Abramson *et al.*, 1988 ; Metalsky *et al.*, 1982 ; Metalsky *et al.*, 1987) : la tendance à attribuer les événements négatifs à des facteurs internes, stables et globaux et à concevoir ces événements comme très importants est une cause contributive distale de la dépression, qui agit en présence, et non pas en l'absence, d'événements de vie négatifs. Dans la chaîne causale décrite par Abramson *et al.*, le fait que, d'une part, le sujet attribue les événements de vie négatifs à des facteurs stables et globaux et que, d'autre part, il attache une grande importance à ces événements constitue la cause contributive proximale<sup>13</sup>.

Dans la théorie d'Abramson *et al.*, la cause suffisante proximale est le **désespoir**, terme qui décrit les deux éléments centraux suivants :

- attentes négatives par rapport à l'obtention de résultats très valorisés ;
- sentiments de désespoir liés à l'incapacité de changer la probabilité d'apparition de ces résultats, aucune réponse du répertoire que possède le sujet ne lui permettant d'opérer un tel changement.

Il est important de souligner qu'Abramson *et al.* (1978) ont fait l'hypothèse que le désespoir est la cause proximale suffisante, mais non nécessaire, de la dépression. Reconnaisant que la dépression est un trouble hétérogène, ils considèrent la possibilité que d'autres facteurs soient suffisants pour la causer.

La dépression à laquelle fait référence la théorie du désespoir serait caractérisée par au moins trois symptômes majeurs :

- un retard du début des réponses volontaires (symptôme motivationnel) ;
- la difficulté du sujet à réaliser que ses réponses peuvent avoir un effet sur ces résultats négatifs, résultats en relation avec son désespoir (symptôme cognitif) ;
- un affect triste (symptôme émotionnel).

La dépression qui fait l'objet de la théorie d'Abramson *et al.* inclut un quatrième symptôme, la diminution de l'estime de soi, constatée lorsque les sujets s'attendent à ce que d'autres personnes puissent obtenir des résultats importants, qu'eux-mêmes n'ont aucun espoir d'atteindre, c'est-à-dire lorsque

les sujets font des attributions internes, stables et globales pour leurs résultats négatifs (Abramson *et al.*, 1978).

D'autres symptômes peuvent aussi caractériser ce type de dépression : les idées et les tentatives de suicide (Beck *et al.*, 1975 ; Kazdin *et al.*, 1983 ; Minkoff *et al.*, 1973 ; Petrie & Chamberlain, 1983) ou le manque d'énergie, l'apathie, le retard psychomoteur, symptômes qui constituent les concomitants d'une baisse importante de la motivation pour donner des réponses volontaires (Beck, 1967).

Malgré d'importantes différences, les deux théories cognitivistes de la dépression ont aussi des ressemblances qui amènent Abramson *et al.* (1988) à conceptualiser ces théories comme modèles cognitifs diathèse-stress de la dépression. Une autre ressemblance importante est, à notre avis, la possibilité d'utiliser, dans le cas des deux théories, des instruments de mesure permettant d'étudier le rôle des cognitions dans l'apparition de la dépression. Parmi ces instruments, se trouvent le « questionnaire du style d'attributions » (Seligman *et al.*, 1979 ; Peterson *et al.*, 1982), le « test du style cognitif » (Blackburn *et al.*, 1986) qui mesure les trois éléments de la triade négative et l'échelle de désespoir dénommée « questionnaire H » (Beck *et al.*, 1974 ; Cottraux *et al.*, 1985). Tous ces instruments de mesure sont presque invariablement des auto-évaluations par des questionnaires dont les items sont fermés. Les prémisses de ce type d'évaluation [remises d'ailleurs en question par Nisbett et Wilson (1977) et Langer (1978)] sont que les sujets ont accès à leurs cognitions et, de plus, qu'ils sont prêts à dévoiler ces cognitions.

## 2. Apport des recherches sur le traitement inconscient de l'information

L'intérêt porté, en psychopathologie cognitive, au traitement inconscient de l'information, représente un épisode relativement récent de la longue série de contributions à l'étude de la notion d'inconscient. Celle-ci, comme plusieurs auteurs le démontrent sans ambiguïté, est antérieure à Freud. « Elle a commencé avec les “perceptions confuses” de Leibnitz ; elle s'est développée avec Herbart ; elle s'est renforcée avec le courant romantique, puis avec Schopenhauer, elle a culminé dans l'ouvrage célèbre, connu de Freud et paru en 1859, d'Ed. von Hartmann : *Philosophie des Unbewussten (Philosophie de l'inconscient)*... » (Anzieu, 1975). Deux ouvrages en particulier retracent la passionnante histoire

de ce concept et montrent la diversité des approches utilisées : *L'Inconscient avant Freud* (Whyte, 1971) et *À la découverte de l'inconscient* (Ellenberger, 1974).

Réticents au départ à utiliser le terme d'inconscient, les chercheurs cognitivistes ont créé de nouveaux termes comme « pré-attentionnel » ou « pré-cognitif », contribuant ainsi à une certaine confusion terminologique. L'accumulation de nombreuses preuves quant à l'existence d'un traitement inconscient de l'information a pratiquement fait disparaître les réticences mentionnées. S'est constitué ainsi un nouveau domaine de recherche : en témoignent des publications comme l'ouvrage de Dixon (1981) et le chapitre de Williams *et al.* (1988), élaboré pour le récent volume intitulé *Psychologie cognitive et troubles émotionnels*.

Les connaissances concernant le traitement inconscient de l'information proviennent d'études consacrées à trois problèmes différents : 1) le compte rendu verbal des opérations cognitives de niveau supérieur, sous-jacentes aux comportements de choix d'alternatives, d'évaluation, de jugement ou de résolution de problèmes ; 2) l'effet de l'information que le sujet doit ignorer pendant qu'il écoute une autre information ; 3) l'effet des stimuli subliminaux.

1. Dans le même sens que d'autres auteurs l'avaient fait précédemment (Miller, 1962 ; Neisser, 1967 ; Mandler, 1975), Nisbett et Wilson (1977) concluent une importante revue de la question en notant que de nombreuses données appuient l'existence d'un traitement inconscient de l'information dans le cadre d'opérations cognitives de niveau supérieur. En effet, lorsqu'on leur demande de verbaliser leur activité cognitive, les sujets sont, souvent, tout à fait imprécis. Un exemple, parmi d'autres, nous est offert par Storms et Nisbett (1970) qui ont administré du placebo à des sujets insomniaques. Ceux-ci ont tous nié avoir pensé quelque peu que ce soit aux pilules reçues et ont expliqué leur amélioration en rapportant que les problèmes qui les tracassaient antérieurement avaient été résolus et que, par conséquent, ils se sentaient plus détendus. Les sujets ne mentionnaient pas l'influence des attributions qu'ils avaient sans doute faites et, à leur place, offraient des explications « plausibles ».

En se basant sur les données qu'ils avaient passées en revue, Nisbett et Wilson soutiennent que nous ne sommes conscients que des produits des processus mentaux. Par contre, l'introspection ne nous permet pas d'accéder aux processus eux-mêmes<sup>14</sup>. Les comptes rendus verbaux ne sont donc pas fondés sur une

véritable introspection, mais plutôt sur des théories causales implicites, provenant de l'environnement culturel des sujets.

Les résultats des études sur les comptes rendus verbaux des opérations cognitives de niveau supérieur peuvent être expliqués de deux autres manières. La première explication part du fait qu'entre le début du processus et le moment où est fait le rapport verbal il y a un intervalle de temps. Dans ces conditions, l'imprécision du compte rendu pourrait être l'expression d'un déficit mnésique. Une seconde explication fait état de la difficulté qu'éprouveraient les sujets à traduire en code verbal la représentation consciente du processus. Les données obtenues lors de travaux plus récents (Berry & Broadbent, 1984 ; Broadbent *et al.*, 1986) vont dans le sens de cette seconde explication. Dans ces recherches, les sujets devaient travailler avec des systèmes dynamiques complexes de contrôle (tels que les simulations sur ordinateur de systèmes de transports ou de systèmes économiques) en changeant différents paramètres et en observant les effets de ces changements. Dans ces expérimentations, la performance des sujets s'améliore, atteignant des niveaux pratiquement imprévisibles à partir de leur capacité limitée à rendre compte verbalement de la dynamique des systèmes respectifs. Les deux explications mentionnées montrent que l'impossibilité de rendre compte verbalement d'un processus ne démontre pas forcément que le sujet n'est pas conscient du processus en question.

2. La deuxième source de connaissances concernant le traitement inconscient de l'information est constituée par les recherches portant sur l'effet de l'information que le sujet doit ignorer pendant qu'il est attentif à une autre information. Le procédé le plus typique a été introduit par Cherry (1953) : le sujet écoute et répète à haute voix, par exemple, le message émis à l'une de ses oreilles, en ignorant le message qui lui est présenté simultanément à l'autre oreille. Bien que les sujets ne soient pas conscients du contenu du message qu'ils doivent ignorer, de nombreuses données démontrent que l'information contenue dans le message en question est traitée du point de vue sémantique. Les sujets mettent en relation cette information avec leur expérience passée et donnent des réponses adéquates, le tout se faisant de manière inconsciente (Corteen & Wood, 1972 ; Corteen & Dunn, 1974 ; Von Wright *et al.*, 1975 ; Forster & Govier, 1978 ; Govier & Pitts, 1982).

Au cours de la phase initiale de ces études, on a conditionné la réponse électrodermographique (EDG)<sup>15</sup> à une certaine classe de mots-stimuli (des noms de villes, par exemple) en associant ces mots avec un choc électrique.



Ultérieurement, ces mêmes mots étaient présentés, avec d'autres, à l'oreille qui recevait le message à ignorer. Dans ces conditions, les sujets continuaient à donner les réponses EDG aux mots-stimuli conditionnés, ainsi qu'à des synonymes ou à des mots de la même catégorie.

Bien que les auteurs de ces études aient pris un certain nombre de précautions méthodologiques<sup>16</sup>, la démarche suivie n'a pas été à l'abri des critiques. On peut, par exemple, citer ceux qui supposent que de temps en temps, le sujet prend conscience du message (en partie ou en entier) et le traite du point de vue sémantique, même si la prise de conscience est d'une durée si courte qu'elle ne permet pas au sujet de se rappeler ou de reconnaître ultérieurement le message. Cette supposition paraît confirmée par différentes données, dont celles de Newstead et Dennis (1979) qui ont adopté plusieurs mesures visant à réduire la probabilité des changements attentionnels vers la source d'informations que le sujet doit négliger : réduction de l'intervalle vide entre phrases et ajout de matériel de remplissage afin que les mots critiques n'apparaissent pas après des périodes de silence (ce qui, habituellement, a pour effet d'attirer l'attention). Dans ces conditions expérimentales, il n'est plus possible de mettre en évidence les effets de l'information que le sujet ne doit pas écouter. On peut conclure que les effets notés antérieurement étaient en relation avec des prises de conscience momentanées produites par des détournements de l'attention en direction de la source que le sujet devait négliger.

3. Les études sur l'effet des stimuli subliminaux constituent la troisième source de connaissances concernant le traitement inconscient de l'information. Ces études offrent des preuves irréfutables que des stimuli non détectables au niveau conscient sont traités aussi bien du point de vue structural que sémantique. Pour rendre un stimulus non détectable, on peut soit réduire son intensité ou sa durée, soit utiliser la technique de masquage<sup>17</sup>. Dans ce dernier cas, un stimulus masque un autre stimulus qui lui est antérieur et qui, sans ce masque, serait perçu de manière consciente. Le masquage peut être réalisé avec un stimulus homogène ayant une forte intensité lumineuse (masquage « énergie ») ou avec un stimulus figuratif, structuré (masquage « structure »). Des recherches entreprises sur ces deux types de masquage (Turvey, 1973 ; Marcel, 1983) tendent à montrer que le masquage « énergie » agit à la périphérie, avant tout traitement central. Le masquage « structure » peut, par contre, agir au niveau central, permettant ainsi qu'un traitement inconscient puisse se produire.

Les recherches concernant le traitement de l'information subliminale ont attiré l'attention de plusieurs cliniciens qui ont commencé à examiner l'utilité diagnostique et thérapeutique potentielle de la présentation subliminale de certains stimuli. L'utilisation à des fins diagnostiques est basée sur l'hypothèse que la présentation subliminale (ayant une durée de 4 millisecondes) de certains stimuli et énoncés est capable d'activer les conflits en relation avec différents troubles psychopathologiques. Ce procédé est connu sous le nom de paradigme de l'activation psychodynamique. Les résultats obtenus dans le cadre d'une vaste série de recherches menées par Silverman et ses collaborateurs appuient certaines hypothèses psychanalytiques concernant la schizophrénie (Silverman & Spiro, 1968), la dépression (Miller, 1973), le bégaiement (Silverman *et al.*, 1972) et l'homosexualité (Silverman *et al.*, 1973). Dans ces recherches, des stimuli et énoncés de contrôle présentés de manière subliminale, de même que des énoncés pertinents pour les conflits des patients, mais présentés à un niveau supraliminaire, n'avaient aucun effet sur les psychopathologies respectives.

Les stimuli utilisés dans la recherche de Silverman et Candell (1970), réalisée sur des hommes présentant le diagnostic de schizophrénie, étaient les suivants :

- le dessin d'un homme qui est sur le point de poignarder une femme (stimulus **agressif**), accompagné du message verbal « vive discussion » ;
- le dessin de deux hommes ayant une expression affable, situés l'un vis-à-vis de l'autre (stimulus **neutre**), accompagné du message verbal « hommes qui se parlent » ;
- le dessin d'un homme et d'une femme debout, ensemble, dont les lignes de démarcation entre les deux figures sont effacées, s'unissant ainsi comme des jumeaux siamois (stimulus **fusionnel**), accompagné du message verbal « maman et moi ne faisons qu'un ».

Dans l'étude effectuée sur des adolescents bègues, Silverman *et al.* (1972) font l'hypothèse que les troubles de la parole s'intensifient après la présentation de dessins communiquant des thèmes anaux et oraux-agressifs.

Dans cette recherche, le stimulus **anal** était l'image d'un chien en train de déféquer, le stimulus **oral-agressif** était l'image d'un lion

rugissant et le stimulus **contrôle**, l'image d'un oiseau en train de se poser avec ses ailes tendues.

Silverman a appliqué le même type d'approche à la thérapie<sup>18</sup>. Pour contrecarrer, par exemple, des troubles émotionnels présents chez l'adulte, il a administré des messages subliminaux visant à gratifier un désir symbiotique précoce. Dans ce contexte, la formulation « maman et moi ne faisons qu'un » s'est avérée remarquablement efficace (Kaye, 1975 ; Silverman *et al.*, 1976 ; Silverman, 1980, 1983, 1984). D'autres études utilisant des procédés de ce type ont abouti à de bons résultats par rapport à des objectifs comme la réduction des troubles de la pensée chez les schizophrènes (Silverman & Candell, 1970), la diminution de l'anxiété chez des personnes homosexuelles (Silverman *et al.*, 1973), la perte de poids chez des sujets obèses (Silverman *et al.*, 1978), ou l'amélioration des résultats scolaires au cours des études secondaires (Ariam, 1979).

En plus des bons résultats qu'elle permettrait d'obtenir, la thérapie réalisée avec des messages subliminaux aurait un autre avantage majeur : elle ne causerait pas l'anxiété ou le malaise qu'engendre la réception consciente des messages respectifs. Tyrer *et al.* (1978), de même que Lee et Tyrer (1980) ont réussi à désensibiliser des patients agoraphobes en utilisant des films concernant la situation phobogène, projetés à un niveau d'illumination qui ne permettait pas une perception consciente. Le procédé subliminal a été vécu comme significativement moins stressant que la présentation supraliminale et même que la situation contrôle, situation où il n'y avait pas de film dans le projecteur. Dans une expérience ultérieure, Lee *et al.* (1983) ont constaté qu'une technique impliquant le passage, au fur et à mesure de l'avancement du traitement, de présentations subliminales à des présentations supraliminales était plus efficace que les procédés qui consistaient à faire des présentations uniquement subliminales ou supraliminales. Bien qu'encourageants, de tels résultats sont obtenus sur des faibles effectifs (cinq ou six sujets par groupe) et il est sans doute nécessaire de les vérifier sur des populations plus importantes. Il faut aussi noter que les essais de réplique du paradigme de l'activation psychodynamique n'ont pas toujours réussi (Condon & Allen, 1980 ; Heilbrun, 1980 ; Oliver & Burkham, 1982 ; Haspel & Harris, 1982 ; Porterfield & Golding, 1985). Silverman (1985) attribue cependant beaucoup de ces échecs à des différences de procédure.

Si nous considérons à nouveau les trois sources de connaissances concernant le traitement inconscient de l'information, nous constatons que c'est l'étude de l'effet des stimuli subliminaux qui représente la direction de recherche la plus prometteuse pour la psychopathologie, notamment pour la vérification de certaines hypothèses étiologiques. Les recherches futures devront être systématiquement mises en relation avec le postulat de Shevrin et Dickman (1980) concernant « l'inconscient psychologique ». Si les données disponibles confirment ce qu'on appelle la forme « faible » de ce postulat (les processus inconscients existent et ils affectent activement les processus conscients) la psychopathologie tirerait sans doute profit de résultats de recherche en relation avec la seconde forme, dite « forte », du postulat de Shevrin et Dickman qui précise que les processus conscients et inconscients sont régis par des lois différentes. La découverte de telles lois constituera une avancée importante dans le champ de la psychopathologie cognitive.

### **Résumé**

L'approche cognitive de la psychopathologie vise à expliquer les troubles mentaux en tenant compte des processus par lesquels une personne acquiert des informations sur elle-même et son environnement et les assimile pour régler son comportement.

Cette approche peut être illustrée par les deux théories qui expliquent l'apparition de la dépression. La première, la théorie de Aaron Beck, peut être schématisée sous la forme d'une séquence qui comprend les causes suivantes : (a) les causes contributives distales représentées par le schéma dépressogène (qui constitue une diathèse ou prédisposition) et par le stress qu'engendrent les événements de vie négatifs ; (b) les causes contributives proximales représentées par les distorsions cognitives (les différents types d'erreurs logiques que commet le sujet) ; (c) la cause suffisante proximale constituée par la triade négative (un point de vue négatif sur soi-même, des jugements pessimistes sur le monde extérieur et un point de vue négatif quant à l'avenir).

La seconde théorie, élaborée par Abramson, Seligman et Teasdale, est dénommée la théorie du désespoir. Elle fait référence à une séquence qui commence par deux causes contributives distales : (a) l'apparition d'événements de vie négatifs ou la non-apparition

d'événements de vie positifs ; (b) une diathèse concernant l'attribution (style dépressogène d'attribution) qui signifie que certaines personnes manifestent une tendance générale à attribuer les événements négatifs à des facteurs internes, stables et globaux et à considérer ces événements comme très importants. La cause contributive proximale est le fait que, d'une part, le sujet attribue les événements de vie négatifs à des facteurs stables et globaux et que, d'autre part, il attache une grande importance à ces événements. Dans la théorie d'Abramson *et al.*, la cause suffisante proximale est le désespoir, terme qui décrit les attentes négatives par rapport à l'obtention de résultats très valorisés ainsi que les sentiments de désespoir liés à l'incapacité de changer la probabilité d'apparition de ces résultats, aucune réponse du répertoire que possède le sujet ne lui permettant d'opérer un tel changement.

La démarche conceptuelle dominante en psychopathologie cognitive est, actuellement, le paradigme du traitement de l'information. De nombreuses recherches sont consacrées au traitement inconscient de l'information, problématique importante pour la psychopathologie. Les connaissances concernant le traitement inconscient de l'information proviennent d'études consacrées à trois différents problèmes : (1) le compte rendu verbal des opérations cognitives de niveau supérieur ; (2) l'effet de l'information que le sujet doit ignorer pendant qu'il est attentif à une autre source d'information ; (3) l'effet des stimuli subliminaux qui représente la direction de recherche la plus prometteuse, notamment pour la vérification de certaines hypothèses étiologiques d'origine psychanalytique.

1. Hardy (1986) note que la définition actuelle des processus cognitifs permet d'analyser, en termes de cognition, certains aspects de l'activité émotionnelle « qui pour Wundt, déjà, constituait une forme de jugement précognitif ».
2. Il s'agit d'une théorie de la personnalité où les « construits personnels » permettent l'établissement – en vue de donner un sens aux événements – « d'une relation comparative entre deux choses selon une dimension bipolaire du type bien-mal, bon-mauvais » (Blackburn & Cottraux, 1988).
3. L'objectif de cette méthode est l'acceptation inconditionnelle de soi-même. Dans cette perspective, des jugements du type : « Je suis un raté », doivent être remplacés par des jugements qui mettent l'accent sur le relativisme des échecs : « J'ai échoué tel jour, tel examen ».
4. Les théories cognitivistes ont subi et subissent de nombreux remaniements. Par exemple, au début de ses recherches, Beck (1967) soutenait que la distorsion cognitive était l'élément causal dont dérivait l'ensemble des symptômes dépressifs. Plus tard, Beck (1984a et b) considère que la perturbation cognitive n'est pas la cause en soi de la dépression. Cette dysfonction de la pensée fait plutôt partie intégrante de la structure de l'état dépressif et représente à la fois un facteur de déclenchement et de maintien de la dépression.
5. Peterson et Seligman (1984) ont passé en revue les études réalisées entre 1978 et le moment de la parution de leur article, études visant à tester la théorie d'Abramson *et al.* (1978).
6. Fait intéressant, Coyne et Gotlib (1983) aboutissent à cette conclusion en analysant une bonne partie des études qui serviront à Peterson et Seligman (1984) pour démontrer la validité de l'approche cognitiviste de la dépression.
7. Entre ces trois types de causes, il y a différentes relations : un facteur étiologique peut être nécessaire et suffisant, nécessaire mais pas suffisant ou suffisant mais pas nécessaire pour l'apparition de l'ensemble des symptômes. De même, si une cause est contributive, elle ne peut être ni nécessaire, ni suffisante et vice versa.
8. Abramson *et al.* (1988) précisent que les différents concepts mentionnés – causes nécessaire, suffisante, contributive ou proximale et distale – n'épuisent pas les types possibles de relations entre causes et symptômes.
9. Le point de vue négatif sur soi-même implique la croyance qu'on est imparfait, inadéquat ou indigne de confiance. Cette opinion négative se concrétise dans des assertions telles que : « Au plan professionnel, je suis moins bien que Jacques », ou : « J'ai complètement raté mon rôle de parent », etc. La vision négative du monde s'exprime par des jugements pessimistes sur le monde extérieur. Enfin, le point de vue négatif quant à l'avenir se manifeste par le fait d'anticiper de manière négative les résultats de toute tâche particulière (« Je suis sûr, je n'y arriverai pas ») ou le fait de considérer que, dans l'avenir, l'échec et la malchance sont inévitables.
10. Parce que dans le modèle de Beck, l'image de soi négative est considérée comme une des causes de la dépression, pour éviter une tautologie, Abramson *et al.* (1988) n'incluent pas la faible estime de soi parmi les symptômes de ce type de dépression. Il faut aussi noter que Beck (1967, 1976) inclut le désespoir dans la triade cognitive négative.
11. Seligman (1975) a étudié, chez les chiens, le rôle des événements aversifs. Le procédé expérimental comprenait trois étapes. Au cours de la première, Seligman a appris aux chiens à sauter dans un compartiment non électrifié, pour éviter les chocs qu'ils pouvaient recevoir dans le compartiment où ils se trouvaient et qui était électrifié. Pendant la deuxième étape de l'expérience, la moitié des animaux qui participaient à l'étude a reçu des chocs inévitables. Enfin, au cours d'une troisième étape, les animaux revenaient dans le dispositif à deux compartiments, utilisé au départ. Seligman constate que 2/3 des chiens qui avaient reçu des chocs inévitables avaient perdu l'apprentissage de l'échappement aux chocs, c'est-à-dire étaient incapables de sauter du côté non électrifié. Ce comportement inhibé fut dénommé « impuissance apprise » (*learned helplessness*) ou, comme le traduisent certains auteurs, « résignation apprise ». Considéré comme un analogue expérimental de la dépression, sa transposition dans la clinique humaine a nécessité une reformulation.
12. Le caractère stable fait référence à la durée. Le qualificatif de « globaux » (dont l'antonyme est « spécifiques ») signifie que les facteurs respectifs affectent un nombre important de résultats du sujet.

13. La formulation de 1978 de la théorie du désespoir ne précisait pas clairement si les attributions causales contribuent uniquement à la chronicisation (ou généralisation) des symptômes, ou si elles contribuent également à l'apparition même de ces symptômes. Dans le texte de 1988, Abramson *et al.* précisent que cette cause proximale contribue aussi bien à l'apparition qu'à la chronicisation ou à la généralisation des symptômes dépressifs.

14. Ces affirmations peuvent être critiquées en utilisant des arguments d'ordre logique (Smith & Miller, 1978 ; White, 1980). Comme nous ne disposons pas actuellement d'une définition satisfaisante des produits et, respectivement, des processus mentaux, nous manquons de critères permettant de définir un événement mental comme étant un produit ou un processus. Si nous décidons d'utiliser comme critère de discrimination le caractère conscient – en appelant, tout ce qui est conscient : « produit » et toute autre chose : « processus » – nous risquons de faire un raisonnement circulaire, car aucune prédiction expérimentale ne peut être faite à partir d'un tel point de vue.

15. Réponse physiologique qui apparaît lors d'une excitation sensorielle ou d'une émotion et qui est liée à une augmentation de l'activité des glandes sudoripares qui modifie la résistance électrique de la peau.

16. À la fin de l'expérience, on demandait d'habitude aux sujets s'ils pouvaient reproduire quelque chose qu'ils avaient entendu à l'oreille pour laquelle ils avaient reçu la consigne de ne pas écouter. Dans d'autres cas, les sujets devaient, lors d'un test qui suivait l'expérimentation, reconnaître, parmi d'autres mots, certains mots qui avaient été présentés à cette même oreille.

17. Dans le chapitre consacré à la psychopathologie expérimentale sont présentées plusieurs recherches où le procédé de masquage est utilisé afin d'étudier la vitesse du traitement de l'information dans le cas de la schizophrénie.

18. Des messages subliminaux ont été, aussi, utilisés pour tester l'hypothèse que la performance en situation de compétition est affectée par le conflit œdipien. Silverman *et al.* (1978) rapportent quatre études dans lesquelles la performance au lancer de fléchettes a été fortement affectée par la présentation subliminale (d'une durée de 4 millisecondes) du message : « C'est mauvais de frapper papa », et respectivement, améliorée, lorsque le message était : « Frapper papa, c'est OK ! » Les présentations supraliminales n'ont pas eu de tels effets.

# **Chapitre 5**

## **Psychopathologie développementale**

### **Sommaire**

- 1. Une classification développementale des symptômes**
- 2. Approche développementale de l'alcoolisme**
- 3. Une évolution particulière : le développement posttraumatique**



La constitution d'une approche développementale de la psychopathologie est le résultat de plusieurs contributions. Parmi celles-ci, une place importante est occupée par les travaux, commencés au début des années soixante, d'Edward Zigler et de ses collaborateurs. Un chapitre publié dans le *Manuel de psychologie de l'enfant* de Mussen (Rutter & Garnezy, 1983), deux articles parus en 1984, dans la revue *Child Development* (Cicchetti, 1984 ; Sroufe & Rutter, 1984) et, en particulier, le livre d'Edward Zigler et Marion Glick (1986), *Une approche développementale de la psychopathologie adulte*, attestent l'importance des contributions de l'école de Zigler. Celle-ci a ses origines à l'Hôpital d'État de Worcester et à l'Université Clark, endroits où les concepts développementaux de Heinz Werner (1937, 1948, 1957 ; Werner & Kaplan, 1963) ont servi de cadre théorique pour la compréhension des phénomènes psychopathologiques.

L'influence de Werner se manifeste dans l'utilisation d'une conceptualisation « organisationnelle » du développement (Zigler & Glick, 1986), développement conçu comme représentant une série de réorganisations qualitatives qui se réaliseraient en concordance avec le **principe orthogénique** (Werner, 1948). Ce principe statue que l'organisme en développement passe, grâce à des différenciations et à une intégration hiérarchique, d'un état relativement diffus et globalement indifférencié, à un état de plus grande articulation et de complexité organisée. Dans cette perspective, le chercheur s'intéresse au changement non pas en tant que fonction du temps, mais plutôt comme regroupement de processus « organismiques » qui ont lieu au cours du temps<sup>1</sup>. En considérant que le développement est constitué d'une série de changements structurels ou formels, la position « organismique » confère un rôle mineur à la séquence temporelle et à la chronologie.

Dans la perspective développementale de Zigler, le développement normal n'est pas défini en termes de niveau moyen de fonctionnement. Il l'est, plutôt, en termes de compétences sociales, émotionnelles et cognitives qui s'entrecroisent. Le fait qu'une personne soit compétente au cours d'une période de son développement explique son adaptation à l'environnement et prépare, en même temps, le cheminement permettant la formation de la compétence au cours de la période développementale suivante.

L'école de Zigler conçoit le développement pathologique comme un manque d'intégration des compétences sociales, émotionnelles et cognitives, importantes

pour l'adaptation à un niveau développemental particulier. Pour Zigler et ses collaborateurs, une assertion fondamentale est que les troubles du fonctionnement psychologique peuvent être compris dans le contexte du développement normal. En tenant compte de la conception du développement normal exposée dans les deux paragraphes précédents, cela signifie que tout trouble précoce peut être à l'origine de troubles de plus grande envergure apparaissant plus tard. La démarche développementale de Zigler et Glick (1986) offre un cadre conceptuel permettant de comparer les différents troubles présents chez l'adulte. Dans cette démarche, l'accent est mis, en même temps, sur les ressemblances et les différences des processus psychopathologiques et de l'issue de leurs évolutions.

Parmi les différents concepts permettant de clarifier l'approche développementale de Zigler, celui de niveau développemental nous paraît fondamental<sup>2</sup>. Il s'agit là d'une notion (*construct*) difficile à opérationnaliser. Tôt, dans le travail qui a conduit à l'élaboration de leur approche développementale, Zigler et Phillips (1960) ont choisi la compétence prémorbide comme indice global du niveau développemental des patients qu'ils étudiaient. L'indice de compétence prémorbide est calculé à partir de six variables dont on suppose que la combinaison pourrait offrir une évaluation fidèle des différences développementales des adultes : âge, niveau intellectuel, niveau éducationnel, statut marital, statut occupationnel et histoire professionnelle. Dans l'ouvrage de 1986, Zigler et Glick notent que la compétence sociale prémorbide, notion fondamentale de leur travail, est présente dans le *DSM III*, en tant qu'axe V.

Bien qu'importants, les travaux de Zigler et de ses collaborateurs ne constituent pas l'unique perspective en psychopathologie développementale. L'ouvrage d'Achenbach (1982), auteur qui a d'ailleurs collaboré avec Zigler, constitue un exemple de perspective sensiblement différente. Premièrement, dans ce cas, il s'agit d'un véritable traité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Achenbach est d'accord sur le fait qu'une approche développementale peut éclairer toutes les phases du cycle de vie, mais les modifications dramatiques qui apparaissent de la naissance à la maturité rendent cette approche essentielle pour la compréhension des problèmes qui se manifestent au cours de l'enfance et de l'adolescence<sup>3</sup>. Deuxièmement, la manière même de concevoir l'approche développementale des troubles psychologiques est différente : Achenbach écrit que la psychopathologie développementale pose des questions concernant le cours développemental des comportements adaptatifs et mésadaptés et offre des

indications pour y répondre. Achenbach précise que l'approche développementale est plus une manière de regarder les problèmes qu'une solution totale apportée à ces problèmes. Le rôle de l'approche développementale est de nous aider à comprendre les comportements anormaux à la lumière des processus développementaux. Dans ce contexte, Achenbach souligne qu'il n'y a pas actuellement (et probablement qu'il n'y aura jamais) de théorie développementale unique pour toute la psychopathologie<sup>4</sup>.

Une autre direction majeure en psychopathologie développementale est représentée par le suivi systématique du déroulement de la vie de différentes personnes afin de déceler des indices concernant les origines et le développement des troubles mentaux<sup>5</sup>. Différentes parties de l'ouvrage publié sous la direction d'Erlenmeyer-Kimling et Miller (1986) font le bilan des principales recherches entreprises dans cette direction :

- l'identification, chez les descendants de parents schizophrènes, d'indices prédictifs d'une future schizophrénie (Cornblatt & Marcuse, 1986 ; Marcuse & Cornblatt, 1986) ;
- l'étude, après 20 ans (Srole & Fischer, 1986), des sujets examinés dans le cadre du Midtown Manhattan Study, projet conçu, au départ, pour examiner la sévérité des symptômes psychiatriques dans un échantillon choisi au hasard dans la population générale ;
- le suivi, après 15-20 ans d'une cohorte de patients, admis pour la première fois dans les années cinquante en hôpital psychiatrique, avec le diagnostic de schizophrénie et de psychose affective (Clausen, 1986) ;
- l'étude des prédicteurs de l'évolution de la schizophrénie, à partir de données recueillies sur une cohorte (« Iowa 500 ») exceptionnellement bien étudiée et suivie consciencieusement pendant 30 à 40 ans (Tsuang, 1986) ;
- la tentative de définir le phénotype comportemental des personnes susceptibles de démence, en utilisant le matériel collecté dans le cadre d'un suivi de 20 ans de jumeaux vieillissants (Larue & Jarvik, 1986).

Pour illustrer l'approche développementale, trois aspects seront abordés de manière plus détaillée dans ce chapitre. Le premier est la classification des symptômes, aspect fondamental pour la psychopathologie. Le second est l'approche développementale de l'alcoolisme, démarche qui a contribué à la compréhension du polymorphisme clinique de cette entité. Les données utilisées pour présenter l'approche développementale (aussi bien en ce qui concerne la classification des symptômes que l'alcoolisme) ont été obtenues dans les recherches de l'école développementaliste de Zigler. Enfin, le troisième aspect concerne une évolution particulière, celle du développement posttraumatique, qui fait référence à des changements positifs, suite à la rencontre avec un événement reconnu comme potentiellement traumatique.

## **1. Une classification développementale des symptômes**

Les syndromes psychiatriques traditionnels sont définis par des constellations de symptômes dont le regroupement est basé sur les observations des cliniciens (et, plus récemment sur des résultats d'analyses statistiques) qui montrent que certains symptômes, contrairement à d'autres, apparaissent en même temps.

Des regroupements alternatifs de symptômes ont été élaborés sur la base de l'approche développementale. Les groupes de symptômes ainsi obtenus ont été interprétés, dans certains travaux, en fonction de l'orientation du rôle et, dans d'autres, en relation avec les dimensions action-pensée. En raison de l'intérêt théorique d'une telle démarche, ces deux nouveaux types de regroupements seront présentés de manière assez détaillée dans cette section du chapitre.

### **1.1. Regroupements de symptômes en relation avec l'orientation du rôle assumé**

Les dossiers de 604 patients admis entre 1948 et 1952 au Worcester State Hospital ont été examinés par Phillips et Rabinovitch (1958). Ceux-ci ont étudié les symptômes notés par un psychiatre lors de la première entrevue à l'hôpital ou ceux notés par les médecins qui envoyaient le patient. La population étudiée incluait uniquement des patients pour lesquels on avait enregistré au moins deux symptômes. L'étude de Phillips et Rabinovitch a permis d'isoler trois groupes de symptômes correspondant, comme nous allons le voir, à trois orientations du rôle

assumé par le patient. Dans chaque groupe se trouvaient réunis des symptômes qui tendaient à apparaître en même temps et qui, par contre, n'apparaissent pas conjointement avec les symptômes des deux autres groupes.

Le premier groupe inclut des symptômes conceptualisés comme reflétant un **retrait par rapport aux autres personnes** : retrait, suspicion, hallucinations, apathie, etc. Le deuxième groupe comprend des symptômes qui refléteraient le fait de **se tourner contre les autres** et le **sybaritisme**<sup>6</sup> : menace de voies de fait, ingestion de boisson, vol qualifié, comportement irréfléchi, etc. Enfin, les symptômes du troisième groupe indiqueraient le fait de **se tourner contre soi** : tentatives de suicide, plaintes ayant trait au corps, insomnie, anorexie<sup>7</sup>.

Une fois ces regroupements établis, Phillips et Rabinovitch ont fait l'hypothèse de leur ordonnancement développementale. L'« évitement des autres » a été conceptualisé comme l'expression d'une absence de différenciation entre le Moi et le monde extérieur et représenterait, ainsi, le regroupement ayant le niveau développemental le plus bas. La catégorie « se tourner contre les autres » et « sybaritisme » se situerait à un niveau développemental intermédiaire indiquant l'absence d'intériorisation des normes sociales. Enfin, la troisième catégorie, celle qui regroupe des symptômes témoignant du fait de « se tourner contre soi » a été conceptualisée comme l'orientation la plus mature du point de vue développemental.

L'hypothèse que les trois catégories de symptômes décrits par Phillips et Rabinovitch peuvent être hiérarchisées du point de vue développemental a été testée dans deux études ultérieures (Zigler & Phillips, 1960, 1962). Dans la première, Zigler et Phillips (1960) classent les symptômes initiaux notés dans les fiches de 1 053 patients (652 hommes et 401 femmes), en utilisant comme critère l'orientation du rôle. Ils calculent, ensuite, les scores des patients pour chacune des six composantes de l'Indice de compétence prémorbide, instrument utilisé dans les recherches de l'école de Zigler pour évaluer le niveau développemental. L'hypothèse majeure de cette étude (hypothèse selon laquelle les sujets présentant des symptômes de la catégorie « se tourner contre soi » ont les scores de compétence sociale les plus élevés) a été confirmée. Par contre, les scores de compétence sociale des patients appartenant à la catégorie « se tourner contre les autres » ne sont pas plus élevés que ceux des patients de la catégorie « évitement des autres ». Les données obtenues confirment, par conséquent, l'existence de deux niveaux développementaux : un niveau plus élevé correspondant au regroupement « se tourner contre soi » et deux niveaux

alternatifs inférieurs, représentés par les catégories « se tourner contre les autres » et « éviter les autres ».

Une recherche ultérieure (Zigler & Phillips, 1962) a confirmé l'absence de différence entre les mesures développementales des catégories de symptômes « se tourner contre les autres » et « évitement des autres ». Cette fois-ci, la population a été constituée de 806 patients appartenant aux catégories diagnostiques suivantes : schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, psychonévrose et troubles du caractère. Après un classement des symptômes initiaux de ces patients en fonction de l'orientation du rôle, un « score-symptôme » a été calculé. Celui-ci exprime la prédominance, dans le tableau clinique de chaque patient, des symptômes de la catégorie « se tourner contre soi », par rapport aux deux autres catégories.

Les résultats obtenus montrent que, pour les patients schizophrènes tout comme pour ceux présentant un autre diagnostic, les personnes ayant des scores élevés de compétence sociale tendent à obtenir des scores-symptôme « se tourner contre soi » plus élevés. En même temps, les sujets ayant des bas scores de compétence sociale manifestent plus fréquemment des symptômes impliquant soit l'« évitement des autres » ou le « sybaritisme », soit le fait de « se tourner contre les autres ».

La relation entre l'orientation du rôle et la compétence sociale prémorbide a aussi été trouvée dans d'autres études (Raskin & Golob, 1966 ; Sanes & Zigler, 1971 ; Mylet *et al.*, 1979) et a été aussi confirmée au plan transculturel, notamment au Japon (Phillips, 1968 ; Draguns *et al.*, 1970 ; Seifert *et al.*, 1971). Le fait que les patients manifestant des symptômes qui correspondent au *pattern* « se tourner contre soi » aient un statut développemental plus élevé que ceux qui présentent des symptômes de la catégorie « se tourner contre les autres » est appuyé, aussi, par le fait que les patients suicidaires (ayant menacé de se suicider ou ayant essayé de se suicider) ont obtenu des scores développementaux plus élevés au Rorschach, comparativement à ceux qui ont commis ou menacé de commettre des voies de fait (Phillips, 1966, cf. Phillips, 1968).

## **1.2. Classification des symptômes en fonction des dimensions *action* et *pensée***

La classification des symptômes en fonction des dimensions **action** et **pensée** part du constat que l'action est antérieure, du point de vue ontogénétique, à la

pensée. En 1961, Phillips et Zigler classent les symptômes en fonction des dimensions action et pensée et font l'hypothèse que cette classification est en relation avec le niveau de maturité évalué par les scores de compétence prémorbide. Les symptômes présentés à l'admission par 793 patients (480 hommes et 313 femmes) ont été classés dans la catégorie **action** (accusation de meurtre, tentative de voie de fait, comportement irréfléchi, ingestion de boisson, tentative de suicide, etc.) ou dans la catégorie **pensée** (méfiance, phobies, obsessions, idées de suicide, dépersonnalisation). Les 793 patients ont, ensuite, été classés en trois groupes : « action pure », « pensée pure » et « mixte ». Les deux premiers groupes étaient constitués des patients qui présentaient soit uniquement des symptômes de type action, soit uniquement des symptômes de type pensée. Ceux qui manifestaient, en nombre égal, des symptômes des catégories action et pensée étaient placés dans le groupe mixte, constitué de 136 sujets. 429 patients (54 % de la population totale) présentaient soit des symptômes action, soit des symptômes pensée. Ceci indique que les classes de symptômes action et pensée représentent des regroupements qui sont loin d'être distribués au hasard<sup>8</sup>.

En accord avec le point de vue développemental, Phillips et Zigler (1961) ont obtenu une relation fortement significative entre les scores compétence sociale globale prémorbide et la classification des symptômes sur ce qu'ils considèrent comme un continuum action → pensée. Ainsi, les patients moins compétents au plan social tendent à manifester des symptômes de la sphère action. En même temps, les symptômes des patients plus compétents au plan social tendent à apparaître surtout dans les domaines de la verbalisation et de l'idéation. Les scores de compétence sociale des patients qui se trouvent dans la catégorie mixte, se situent entre ceux des patients des catégories pensée et action. Par ailleurs, outre sa relation aux scores élevés de compétence sociale globale, la tendance à manifester des symptômes de la catégorie pensée a été trouvée comme étant associée avec des scores plus élevés à chacune des six composantes de l'Indice de compétence sociale prémorbide.

D'autres preuves concernant le statut développemental relativement bas des symptômes de la catégorie action proviennent de différentes recherches. Il a été constaté, par exemple, que l'apparition, au cours de l'enfance, de symptômes orientés vers l'action ou extériorisés s'associe à des niveaux plus bas de compétence scolaire et interpersonnelle (Rolf, 1972 ; Garnezy *et al.*, 1979). D'autre part, Prugh *et al.* (1953) et Santostefano (1970) constatent que les

symptômes de type action diminuent au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente.

Dans le cas des premières admissions en psychiatrie, les symptômes de type action sont significativement plus fréquents chez les patients plus jeunes (Glick *et al.*, 1985). On constate enfin que les résultats de deux thèses de doctorat (Kruger, 1954 ; Misch, 1954) montrent que les patients dont les symptômes sont du type action obtiennent, au Rorschach, des scores niveau développemental plus bas que les patients présentant des symptômes du type pensée.

En 1966, Phillips *et al.* (1966) ont rajouté aux sphères action et pensée, une troisième sphère, l'**affect**, catégorie regroupant des symptômes comme apathie, dépression, euphorie, tension, etc. Dans cette recherche, Phillips *et al.* classent les symptômes initiaux de 504 patients psychiatriques (287 hommes et 217 femmes) ayant des diagnostics différents. Ils calculent, ensuite, des scores de compétence sociale pour chaque symptôme ou combinaison de symptômes appartenant à l'une ou l'autre des catégories pensée, action et affect. Sur cette base, ont été construites les échelles suivantes : (a) l'échelle pensée avec trois niveaux de compétence sociale (supérieur, intermédiaire et bas) ; (b) l'échelle action avec seulement deux niveaux de compétence sociale (élevé et bas) et, enfin, (c) l'échelle affect qui a, comme l'échelle pensée, trois niveaux de compétence sociale<sup>9</sup>.

Dans une autre recherche, publiée deux ans plus tard, Phillips *et al.* (1968) ont étudié les relations entre la classification basée sur l'orientation du rôle et celle basée sur les dimensions action-pensée-affect. Les auteurs cités mettent en évidence les relations suivantes :

- les patients ayant prioritairement des symptômes du type pensée manifestent une orientation du rôle de type « évitement des autres » et tendent à ne pas manifester des symptômes témoignant des orientations « se tourner contre soi et contre les autres » ;
- les patients dont les symptômes appartiennent surtout à la catégorie action tendent à être classés comme présentant des symptômes de type « se tourner contre soi et contre les autres » et à ne pas manifester de symptômes de type « évitement des autres » ;
- les patients qui présentent des symptômes de la catégorie affect tendent, en même temps, à manifester des symptômes du type « se tourner contre soi » et à ne pas manifester des symptômes de la catégorie « évitement des autres ».



Ces relations révèlent d'importantes discordances entre les deux classifications des symptômes. Ainsi par exemple, les patients qui présentent des symptômes conçus comme témoignant d'une faible compétence sociale (c'est-à-dire de la sphère action) tendent à présenter des symptômes de niveau développemental élevé dans la classification basée sur l'orientation du rôle (il s'agit dans ce cas de symptômes de type « se tourner contre soi et contre les autres »). Ces discordances amènent Zigler et Glick (1986) à faire plusieurs commentaires. Premièrement, la relation entre les catégories pensée et évitement des autres révélerait l'existence de problèmes concernant le statut développemental de la catégorie « évitement des autres » et rendrait sans doute nécessaire une classification plus raffinée des symptômes appartenant à cette catégorie. Deuxièmement, le fait que les symptômes de la catégorie action s'associent, en même temps, aux symptômes des regroupements « se tourner contre soi » et « se tourner contre les autres » permettrait d'envisager l'emploi des dimensions action-pensée pour différencier de manière plus fine les symptômes de la catégorie « se tourner contre soi ».

Bien que certains affects (par exemple, la dépression comparativement à la colère) puissent être prédominants à des niveaux développementaux différents, certaines preuves attestent que les émotions majeures peuvent être vécues à différents moments du développement (Werner, 1948). D'autre part, la vraie question n'est pas de savoir si certaines émotions sont vécues à différents niveaux développementaux, mais comment les différences de statut développemental influent sur la manière de vivre et d'exprimer les affects. Sur la base de ces considérations, Zigler, Glick et leurs collaborateurs ont renoncé à utiliser, dans leurs travaux ultérieurs, la catégorie affect.

Les recherches menées dans la perspective développementaliste de Zigler et de ses collaborateurs montrent que les sujets ayant atteint une plus grande maturité développementale au cours de leur fonctionnement prémorbide continuent à manifester, en cas d'évolution pathologique, des formes de comportement supérieures du point de vue développemental. Les études réalisées montrent qu'il y a, par conséquent, une congruence entre les périodes prémorbide et pathologique de la vie du patient. Ces conclusions sont valables aussi bien pour les recherches concernant les dimensions action-pensée que pour celles portant sur les trois orientations du rôle. Il est aussi important de noter que, malgré une certaine superposition des symptômes des deux systèmes de classification,

chaque système retient une quantité considérable (environ 67 %) de variance indépendante (Zigler & Glick, 1986).

Si la psychopathologie développementale, tout comme la psychologie développementale, a centré pendant longtemps son intérêt sur l'enfance ou l'adolescence, les travaux effectués dans la perspective développementale de Zigler montrent qu'il est important d'adopter cette approche pour comprendre la pathologie des adultes, notamment leurs symptômes psychopathologiques. Au cours des dernières décennies, il est devenu clair que la personne humaine change et se développe tout au long de sa vie, de la naissance à la mort. Dans ce contexte, l'approche développementale deviendra une approche développementale du cycle de vie (*life-span developmental approach*), axée (dans le cas du thème de cette section du chapitre) sur l'étude de l'apparition, de la modification avec l'âge et, éventuellement, de la disparition des symptômes au cours de la vie.

## 2. Approche développementale de l'alcoolisme

Les débuts de la recherche développementale dans le domaine de l'alcoolisme sont en relation avec la distinction, déjà ancienne, proposée par Knight (1937) entre deux formes d'alcoolisme : essentiel et réactif. L'alcoolisme **essentiel** débute plus précocement et sans relation avec des événements à caractère précipitant. La personne qui le présente est immature, dépendante sur les plans émotionnel et économique, irréfléchie, en quête de plaisir, incapable d'établir et de maintenir des relations profondes ou de poursuivre des buts à long terme. Dans cette forme d'alcoolisme, on constate aussi des symptômes gastro-intestinaux, mis en relation avec l'ingestion sans discrimination de toute boisson ou médicament permettant d'atteindre l'effet pharmacologique désiré, de même qu'avec un bouleversement facile des habitudes alimentaires.

L'alcoolisme **réactif** débute plus tardivement et, souvent, après un événement à caractère précipitant. Les personnes qui présentent cette forme d'alcoolisme ont une maturité psychosexuelle plus grande, un niveau éducationnel et occupationnel plus élevé, sont plus réfléchies, plus responsables, ont des habitudes alimentaires plus régulières que les personnes souffrant d'alcoolisme essentiel<sup>10</sup>.

Se basant sur la description clinique de Knight (1937), Rudie et McGaughran (1961) élaborent une échelle destinée à discriminer les types essentiel et réactif d'alcoolisme. L'administration de cet instrument constitué de huit sous-échelles<sup>11</sup> montre, en effet, que les alcooliques peuvent être différenciés en tenant compte des indices comportementaux mis en évidence par Knight.

La première recherche concernant l'alcoolisme, menée conformément à l'approche développementale de Zigler, paraît en 1965. Les auteurs de cette recherche, Sugeran *et al.*, mettent en relation les scores à l'Échelle de Rudie et McGaughran avec l'Indice de compétence prémorbide de Zigler-Phillips, décrit antérieurement dans ce chapitre. Les résultats obtenus montrent que les alcooliques réactifs ont une compétence sociale plus élevée et se situent, par conséquent, à un niveau développemental supérieur à celui des personnes présentant un alcoolisme essentiel.

La description, dans cette recherche, de l'alcoolique réactif comme une personne qui présente de l'anxiété et des sentiments de culpabilité, qui a atteint un niveau plus élevé de développement psychosexuel, qui a assimilé les valeurs culturelles et qui démontre, malgré le fait de boire, une responsabilité et une compétence sociale considérable, évoque pour Zigler et Glick (1986) une personne de niveau développemental élevé dont le style de vie est caractérisé par le fait de se tourner contre soi. En même temps, l'alcoolique essentiel est présenté comme une personne dépendante émotionnellement et économiquement, incapable de contrôler ses émotions et ses sentiments, ayant une tendance hédoniste qui la conduit à la recherche directe et immédiate du plaisir, ne connaissant ni anxiété, ni culpabilité, ni défense par intellectualisation. La description de cette personne, de très bas niveau de développement psychosexuel, ressemble beaucoup à celle de la personne de bas niveau développemental dont le style de vie est caractérisé par du sybaritisme et par le fait de se tourner contre les autres.

Dans une recherche ultérieure, Levine et Zigler (1973) examinent les relations entre les scores à l'Échelle de Rudie et McGaughran et cinq composantes de l'Indice de compétence sociale de Zigler-Phillips<sup>12</sup>, pour trois groupes égaux (N = 20) de patients : (a) alcooliques ; (b) avec réaction dépressive non psychotique ; (c) souffrant de problèmes physiques relativement mineurs qui rendent nécessaire l'hospitalisation en clinique médicale ou chirurgicale. Comme Sugeran *et al.* (1965), Levine et Zigler constatent une relation fortement significative entre la compétence sociale et le score total à l'échelle d'évaluation

des dimensions essentiel-réactif dans l'alcoolisme : plus le patient était compétent socialement, plus son alcoolisme tendait à être de type réactif. Mais la recherche de Levine et Zigler révèle que la relation entre les scores aux deux instruments utilisés est aussi présente chez les patients névrotiques et chez ceux ayant des troubles physiques. Ce résultat est interprété par Zigler et Glick (1986) comme une preuve que la psychopathologie est plutôt un phénomène unitaire qu'une collection d'entités distinctes dont chacune peut être conceptualisée en termes de dimension et paramètre uniques.

Les trois groupes étudiés par Levine et Zigler sont cependant significativement différents quant aux scores globaux à l'échelle de Rudie et McGaughan. En fonction des valeurs de ces scores, les groupes se classent dans l'ordre suivant : le groupe des patients alcooliques (qui ont les scores les plus élevés, allant donc dans le sens du type essentiel d'alcoolisme), suivi du groupe des patients psychiatriques dépressifs et enfin du groupe des patients médico-chirurgicaux qui obtenaient les scores les plus bas. À l'exception des scores aux sous-échelles « dépendance émotionnelle » et « absorption de tout ce qui peut déterminer l'effet pharmacologique désiré », des différences intergroupes significatives sont obtenues pour les scores aux six autres sous-échelles de l'instrument élaboré par Rudie et McGaughan.

Les différences intergroupes peuvent sans doute être expliquées en tenant compte du contenu des items qui composent l'échelle de Rudie et McGaughan. 13 des 55 items cotés sont liés, en effet, à la consommation d'alcool. Mais cette explication n'est pas satisfaisante car les échelles qui ne contiennent aucun item lié à la consommation de boisson ou ne contenant qu'un seul item de ce type contribuent, elles aussi, aux différences intergroupes. Dans ces conditions, Zigler et Glick (1986) supposent qu'au moins une partie des différences pourrait être expliquée en considérant que l'échelle de Rudie et McGaughan évalue une dimension développementale générale. Bien qu'ayant des indices de compétence sociale quasi-égaux, les trois groupes ne seraient pas égaux du point de vue de cette dimension développementale sous-jacente. Dans leurs commentaires, Zigler et Glick (1986) font état des limites claires de l'indice de compétence sociale en tant que modalité d'évaluation du niveau développemental d'une personne, notamment parce qu'il ne donne pas suffisamment de poids aux relations interpersonnelles, aspect bien représenté, par contre, dans l'échelle de Rudie et McGaughan. Si l'on tient compte de cette explication alternative, alors nous constatons que, bien que les trois groupes soient égaux quant à l'indice de

compétence sociale, les normaux ont un niveau de maturité plus élevé que les névrotiques-dépressifs qui, à leur tour, ont un niveau développemental plus élevé que les alcooliques<sup>13</sup>.

Dans une autre recherche, Finney et Moos (1979) étudient la relation entre la compétence sociale prémorbide (mesurée à l'aide de la méthodologie mise au point par Zigler et Phillips) et une série de cinq paramètres concernant l'évolution de l'alcoolisme : (a) la consommation de boisson ; (b) l'abstinence ; (c) les troubles physiques liés à la boisson ; (d) la réhospitalisation pour alcoolisme ; (e) le fonctionnement au plan occupationnel. La recherche a été menée sur 387 alcooliques qui étaient traités dans cinq lieux de vie différents. Les résultats obtenus montrent que, globalement, la compétence prémorbide est en relation significative avec des évolutions favorables concernant chacun des cinq paramètres décrits précédemment.

Sur la base d'analyses statistiques sophistiquées (où ils ont utilisé des variables de personnalité et environnementales, de même que la compétence sociale prémorbide) Finney et Moos ont réussi à isoler quatre sous-types d'alcooliques à faible compétence et quatre autres types à compétence élevée. Bien que les patients ayant une compétence élevée aient une évolution plus favorable (et ce, pour l'ensemble des paramètres décrits) Finney et Moos notent que l'appartenance aux huit sous-groupes isolés explique un peu moins de 13 % de la variance totale des résultats.

Une autre preuve que les patients qui se trouvent à des niveaux développementaux plus bas peuvent manifester des formes plus sévères, plus débilitantes d'alcoolisme est apportée par Morey *et al.* (1984) qui étudient 725 hommes et femmes alcooliques. En utilisant des méthodes statistiques élaborées (analyses « en grappes »), ces auteurs décrivent trois sous-types différents d'alcoolisme. Tandis que les sujets de type A ont les pratiques d'ingestion de boisson et les conséquences associées à celles-ci les moins sévères, les sujets de type C manifestent les problèmes les plus graves. Les patients de type B occupent une position intermédiaire.

Comparativement aux sujets de types A et B, et en accord avec le niveau développemental indiqué par leurs scores « compétence sociale », les patients de type C étaient plus souvent au chômage ou bénéficiaires d'allocations sociales, divorcés ou séparés. En même temps, leur niveau éducationnel était plus bas, ils obtenaient des scores plus faibles aux sous-tests de la WAIS et avaient moins de

personnes à charge que les sujets appartenant aux deux autres types d'alcoolisme. Des trois types décrits par Morey *et al.*, les patients alcooliques de type A avaient le statut socio-économique le plus élevé, manifestaient la stabilité sociale la plus grande et avaient perdu moins souvent leur emploi. Il résulte que les trois types d'alcoolisme de Morey *et al.*, différents quant à la sévérité du comportement d'ingestion de boisson, peuvent être mis en relation avec les composantes de l'Indice de compétence sociale<sup>14</sup>.

L'approche développementale de l'alcoolisme révèle que les formes cliniques de celui-ci correspondent à des niveaux développementaux différents. Cette conclusion est valable aussi bien pour les formes cliniques déjà anciennes proposées par Knight que pour des types cliniques plus récents, comme ceux de Morey *et al.* (1984). Sur cette base, les résultats des recherches ultérieures permettront, fort probablement, de mieux anticiper l'évolution clinique et les résultats de l'intervention.

### **3. Une évolution particulière : le développement posttraumatique**

Cette section du chapitre est consacrée à un aspect particulier du développement qui fait référence à des changements positifs suite à la rencontre avec un événement reconnu comme potentiellement traumatique. Cette possibilité représente un thème récurrent en littérature et philosophie et est au cœur de la pensée religieuse ancienne et contemporaine : la souffrance, les crises engendrées par un traumatisme peuvent, d'une manière qui à première vue peut paraître paradoxale, constituer une opportunité pour un développement positif.

Cette forme de développement n'a commencé à intéresser les cliniciens-chercheurs qu'au cours de la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle et Caplan, Dohrenwend, Frankl, Maslow et Yalom peuvent être considérés comme des pionniers de ce domaine (Calhoun et Tedeschi, 2006). Si Jeanne Schaefer et Rudolf Moos ont publié, en 1972, un chapitre sur crise et développement personnel, ce sont des contributions des années 1990 qui ont permis au développement posttraumatique<sup>15</sup> (D.P.T.) de devenir un important courant en clinique et recherche. Virginia O'Leary et Janette Ickovics (1995) introduisent le concept d'épanouissement résultant de la rencontre avec des défis et Richard Tedeschi et Lawrence Calhoun (1995) publient le premier livre consacré au

développement posttraumatique. C'est au cours de cette période que sont créés les premiers instruments pour l'évaluation de ce type de développement.

Tedeschi et Calhoun ont inventé le syntagme développement posttraumatique pour décrire les changements positifs vécus par des personnes qui traversent d'importantes crises dans leur vie, suite à des événements qui perturbent fortement leur existence. Sur la base d'une analyse qualitative des données recueillies auprès de telles personnes, Tedeschi et Calhoun (1995) ont décrit trois domaines dans lesquels intervenaient les changements observés :

- *changements dans la perception de soi* : « je suis plus vulnérable que je ne le pensais, mais beaucoup plus fort que je ne l'avais imaginé », ainsi que l'émergence de nouveaux intérêts, de nouvelles activités, la possibilité d'adopter même une nouvelle voie dans la vie ;
- *changements dans le mode de vivre les relations avec les autres* : par exemple, des liens plus forts avec les autres, plus de compassion pour ceux qui souffrent ;
- *changements dans la philosophie générale de la vie* : changement concernant ce qui est le plus important dans la vie, changement des priorités avec des choses considérées antérieurement comme mineures devenant beaucoup plus importantes, une meilleure définition des buts et des sens, plus de satisfaction, des réponses plus claires aux questions existentielles, et pour certaines personnes, de nouvelles préoccupations spirituelles.

Ultérieurement, Tedeschi et Calhoun (1996) ont mis en évidence cinq facteurs du développement posttraumatique, tel qu'évalué avec l'inventaire qu'ils avaient élaboré : la force personnelle, les nouvelles possibilités, le fait d'être relié aux autres, l'appréciation de la vie et le changement spirituel.

Selon le modèle proposé par Calhoun et Tedeschi (2006), dans le processus conduisant au développement posttraumatique intervient la *ruminatio*n. Celle-ci ne doit pas être comprise comme une réflexion intrusive répétée à valence négative, mais comme un *engagement* cognitif permettant de comprendre ce qui s'est passé. La recherche de compréhension permet aussi de trouver des moyens pour faire face aux changements survenus et d'aboutir à la conclusion que l'on dispose des ressources nécessaires pour les gérer.

Les données disponibles suggèrent que l'environnement social joue un rôle important dans le développement posttraumatique. Deux éléments interviennent de manière particulière : le soutien social reçu et le fait de se confier aux

membres de son réseau social (Helgeson et Lopez, 2010). La présence des autres n'est pas absolument nécessaire car elle peut être remplacée par un témoignage écrit (Pennebaker, 2002).

Le développement posttraumatique a été constaté dans des situations très diverses, comme la déficience physique, le deuil, la guerre et même au niveau des sociétés entières (Tedeschi, 1999). Les estimations de la prévalence du développement posttraumatique suggèrent une fourchette allant de 3 % à 100 %, les pourcentages les plus fréquemment signalés allant de 30-40 % à 60-80 % des personnes ayant subi un traumatisme (Linley et Joseph, 2004). Schubert *et al.* (2016) étudient le développement posttraumatique constaté dans les recherches menées sur des populations qui satisfaisaient tous les critères diagnostiques du stress posttraumatique. Les résultats indiquent que les personnes atteintes de stress posttraumatique présentent plus de développement posttraumatique et des corrélations positives entre stress posttraumatique et développement posttraumatique ont été rapportées.

Les recherches sur la prévalence du développement posttraumatique sont généralement des recherches transversales qui ne nous informent pas sur ce qui se passe dans le temps. Danhauer *et al.* (2015) ont toutefois étudié les trajectoires du développement posttraumatique dans un groupe de 653 femmes survivantes d'un cancer du sein. Les participantes ont rempli des questionnaires dans les huit mois suivant le diagnostic et 6, 12 et 18 mois plus tard. Six groupes de trajectoires ont émergé : trois étaient stables à différents niveaux de développement posttraumatique, deux augmentaient modestement et une augmentait considérablement avec le temps. Cette hétérogénéité des profils longitudinaux reste à être confirmée par d'autres études.

Le processus conduisant à un développement posttraumatique a des effets importants sur ce qui se passe lorsque la personne respective vit de nouveaux événements potentiellement traumatiques. Janoff-Bulman (2006) décrit l'état de *préparation* des personnes ayant un développement posttraumatique, état qui leur permet de gérer avec plus de facilité ces traumatismes. Les personnes « préparées » se disent confiantes dans leur capacité à faire face à ces nouveaux traumatismes. Elles peuvent dire qu'elles comprennent mieux ce qui se passe parce qu'elles ont déjà traité une telle situation. La comparaison avec les événements traumatisants antérieurs leur permet de conclure que ce qui se produit maintenant n'est pas si grave. La révision de ce qui s'est passé apaise les angoisses, rend inutiles de nouvelles élaborations cognitives et permet de mieux



comprendre le monde tel qu'il est. Tout ceci s'apparente au phénomène de la résilience, le développement posttraumatique ayant un rôle protecteur pour le fonctionnement psychique des personnes qui rencontrent à nouveau des traumatismes.

Les recherches sur la prévalence du développement posttraumatique sont fortement dépendantes des instruments conçus pour l'évaluation de ce type de développement. Deux principales méthodes qualitatives ont été utilisées pour interroger les participants à ces recherches : la première consistait à leur demander en quoi leur vie avait changé après le traumatisme ; dans le cadre de la seconde on leur demandait explicitement quels ont été les bénéfiques et les changements de vie positifs qu'ils ont perçus. Différents formats ont été utilisés : questions ouvertes, rédaction de textes sur les événements de vie vécus, technique de l'histoire de vie ou focus groups.

Trois principales méthodes quantitatives d'évaluation du développement posttraumatique sont disponibles :

- l'Échelle de développement lié au stress (*Stress-Related Growth Scale* ou SRGS) (Park *et al.*, 1996) à 50 items. Plusieurs formes de cette échelle ont été élaborées et une variante révisée (SRGS-R) contient des items formulés de manière plus neutre et est cotée en tenant compte aussi bien des impacts positifs et négatifs du traumatisme. Les résultats obtenus montrent que la SRGS-R est moins sujette à des rapports illusoire de développement positif ;
- l'Inventaire de développement posttraumatique (*Posttraumatic Growth Inventory* ou PTGI) (Tedeschi et Calhoun, 1996) à 21 items constitue l'instrument le plus utilisé pour la mesure des changements positifs consécutifs à la confrontation avec des événements potentiellement traumatisants. Basé sur des entretiens menés avec des personnes ayant présenté un handicap physique à l'âge adulte ou ayant vécu le décès du conjoint, il a été testé sur un grand échantillon d'étudiants qui avaient vécu divers événements traumatisants. Il existe une forme abrégée (PTGI-SF), des formes pour enfants (PTGI-C et PTGI-C-R) et une version permettant d'examiner à la fois les changements positifs (développement posttraumatique) et les changements négatifs (dépréciation posttraumatique). L'ajout de quatre nouveaux items relatifs au changement spirituel-existential (Tedeschi *et al.*, 2017) a permis l'élaboration de PTGI-X qui élargit cette perspective en référence à trois cultures (États-Unis, Turquie, Japon) ;

- les Échelles de recherche des bénéfices (*Benefit Finding Scale* ou BFS) (Mohr *et al.*, 1999 ; Tomich & Helgerson, 2004) conçues pour évaluer le développement posttraumatique chez des personnes atteintes de sclérose multiple et respectivement, de cancer du sein et l'Échelle des bénéfices perçus (*Perceived Benefits Scale* ou PBS) (McMillen & Fisher, 1998) créée pour évaluer les changements positifs dans la vie suite à des événements négatifs.

Une question qui commence à intéresser les cliniciens-chercheurs au cours des dernières années concerne la facilitation, en clinique, du processus de développement posttraumatique. Tedeschi *et al.* (2015) apportent un ensemble de réponses à cette question et font les recommandations suivantes :

- le rôle des cliniciens doit être subtil et les cliniciens doivent constituer des facilitateurs du processus de développement posttraumatique ;
  - le clinicien doit adopter la position d'un compagnon-expert qui apprend de ses patients, les échanges étant axés sur ce qui peut être appris plutôt que sur ce qui doit être changé ;
  - le clinicien doit offrir sa compétence dans l'accompagnement des processus naturels de guérison et de développement posttraumatique ;
  - les interventions trop brutales visant la compréhension de ce que les patients vivent sont à éviter ;
  - la focalisation sur la réduction des symptômes du stress posttraumatique tend à retarder le processus de développement posttraumatique ;
  - le clinicien doit écouter attentivement le langage de la crise et la réponse psychologique que les patients apportent à cette situation ;
  - le clinicien doit pratiquer une écoute efficace. Il doit apparaître comme un auditeur qualifié, à l'écoute du processus de traitement cognitif de la crise, processus qui peut conduire au développement posttraumatique ;
  - le clinicien doit se sentir à l'aise et disposé à aider ses patients à élaborer leur engagement cognitif avec des questions existentielles et spirituelles ;
  - le clinicien doit accepter et respecter ce qu'il pourrait considérer comme des illusions positives (distorsions cognitives bénignes apparaissant chez des personnes confrontées à des situations traumatisantes) ;
  - les cliniciens qui interviennent auprès des survivants d'un traumatisme doivent considérer, dès le début du traitement, la possibilité d'un développement posttraumatique ;
  - tenir toujours compte du fait que le développement posttraumatique n'élimine pas (pas totalement !) la détresse consécutive à un traumatisme.
-

## Résumé

Parmi les contributions qui ont conduit à la constitution de l'approche développementale de la psychopathologie, les travaux d'Edward Zigler et de ses collaborateurs occupent une place importante. Les recherches de ceux-ci sont influencées par la conceptualisation « organisationnelle » du développement proposée par Werner. L'école de Zigler considère le développement pathologique comme un manque d'intégration des compétences sociales, émotionnelles et cognitives, importantes pour l'adaptation à un niveau développemental particulier.

Parmi les autres contributions à la constitution du champ de la psychopathologie développementale, deux se distinguent particulièrement. La première, celle d'Achenbach, constitue – contrairement à Zigler qui s'intéresse à la psychopathologie adulte – une approche développementale de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. La seconde contribution est issue de l'étude systématique du déroulement de la vie de différentes personnes afin de déceler des indices concernant les origines et le développement des troubles mentaux.

L'approche développementale est d'abord illustrée dans ce chapitre par les recherches portant sur la classification des symptômes, recherches qui ont conduit à la description de deux regroupements alternatifs de symptômes : l'un, en relation avec l'orientation du rôle assumé par le patient, et l'autre, en relation avec les dimensions action-pensée. Ces recherches montrent qu'il y a une congruence entre les périodes prémorbide et pathologique de la vie d'un patient.

Le deuxième thème abordé dans le chapitre, l'approche développementale de l'alcoolisme, permet de constater que les sous-types cliniques de cette entité correspondent à des niveaux développementaux différents.

Le dernier thème abordé concerne un aspect particulier du développement, qui fait référence à des changements positifs suite à la rencontre avec un événement reconnu comme potentiellement traumatique. Le développement posttraumatique a été constaté dans des situations très diverses, comme la déficience physique, le deuil, la guerre et même au niveau des sociétés entières.



1. Dans ce contexte, l'âge chronologique n'est pas considéré comme étant une variable psychologique et ne constitue pas un aspect majeur de l'analyse développementale (Werner, 1957 ; Zigler, 1963, 1969 ; Kaplan, 1967 ; Wohlwill, 1970).
2. Deux autres concepts sont, à notre avis, très importants : celui de régression et celui de disparité entre le Moi et le Moi idéal. En contraste avec une définition de la régression en tant que perte de modes supérieurs de fonctionnement psychologique, l'école de Zigler conçoit la régression comme un affaiblissement des liens structurels qui assurent la subordination et le contrôle des niveaux développementaux inférieurs par des niveaux qui leur sont supérieurs. Ce point de vue est appuyé par la mise en évidence, chez des patients ayant des troubles sévères, de modes de fonctionnement psychologique correspondant à des niveaux développementaux supérieurs. En effet, des patients présentant des troubles psychologiques importants ne fonctionnent pas uniformément à des niveaux développementaux plus bas que des patients moins atteints ou, même, des sujets indemnes (Blatt *et al.*, 1976 ; Russell & Beekhuis, 1976 ; Zigler *et al.*, 1979). L'importance de l'image de soi en tant que déterminant du comportement a été reconnue depuis longtemps (James, 1890 ; Mead, 1934 ; Allport, 1937 ; Maslow, 1954). Dans le cadre rogéien (Rogers, 1951 ; Rogers & Dymond, 1954), la congruence entre le Moi et le Moi idéal indiquerait une image de soi plus positive et serait en relation avec l'adaptation personnelle et sociale. Dans la perspective développementale de l'école de Zigler, la disparité entre le Moi et le Moi idéal serait un concomitant du développement normal et serait en corrélation significative avec la compétence prémorbide, mais n'aurait pas de lien avec le statut adaptatif (Achenbach & Zigler, 1963).
3. Une description détaillée de ces problèmes peut être trouvée dans les ouvrages de psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant (Mazet & Stoleru, 1988 ; Lebovici & Weil-Halpem, 1989), de psychopathologie de l'enfant (Ajuriaguerra & Marcelli, 1982) ou de psychopathologie de l'adolescent (Marcelli & Braconnier, 1984).
4. Un des meilleurs ouvrages consacrés aux théories développementales est celui de Patricia Miller (1989). Pour elle, une théorie développementale se centre sur le changement dans le temps et doit atteindre trois objectifs : (a) décrire les changements dans une ou plusieurs aires du comportement ; (b) décrire les changements dans les relations de plusieurs aires du comportement ; (c) expliquer le cours du développement qui a été décrit. Dans son ouvrage, Miller aborde six théories : (1) la théorie des stades cognitifs de Piaget ; (2) les théories psychanalytiques de Freud et de Erikson ; (3) la théorie de l'apprentissage social ; (4) la théorie du traitement de l'information ; (5) la théorie éthologique ; (6) la théorie du développement perceptif de Gibson.
5. Certains auteurs s'occupent de l'étude, par tranche d'âge, des troubles psychopathologiques. Ce type d'approche permet, notamment, de comparer les prévalences des divers troubles en fonction de l'âge. Le premier livre d'histoires de cas en psychologie et psychopathologie développementales (Meyer, 1989) s'inscrit dans l'approche cycle de vie (*life-span*) et contient des cas de troubles apparaissant au cours de sept différentes tranches d'âge.
6. L'utilisation, dans ce contexte, du terme sybaritisme peut susciter un certain étonnement. En effet, le sybaritisme désigne un mode de vie caractérisé par la satisfaction égoïste des appétits, par la recherche du plaisir dans une atmosphère de luxe, de raffinement et de mollesse. Les exemples de symptômes cités dans ce chapitre – menace de voies de fait, vol qualifié, ingestion de boisson, comportement irréfléchi – auraient en commun le fait de se procurer, de manière égoïste, du plaisir, en « se tournant contre les autres ».
7. Au cours des recherches ultérieures, quelques-uns des symptômes étudiés dans la recherche initiale de Phillips et Rabinovitch ont été éliminés parce qu'ils apparaissaient trop rarement pour permettre une analyse statistique.
8. Des données rapportées dans Zigler et Glick (1986) montrent que les symptômes classés aussi bien en fonction des dimensions action-pensée, que de l'orientation du rôle ne se distribuent pas de manière aléatoire. Dans une population de 448 sujets, présentant des troubles affectifs, névrotiques et de la personnalité, 45 % des patients présentent une « configuration pure » : ces patients manifestent des symptômes soit uniquement de type pensée, soit uniquement de type action. Lorsque, pour la même population, le critère de classification orientation du rôle a été utilisé, on a constaté que 63 % des patients

présentaient des « configurations pures », c'est-à-dire appartenant à une seule catégorie d'orientation du rôle. Pour les deux catégories de symptômes – action-pensée ou orientation du rôle – les proportions des « configurations pures » dépassaient significativement les attentes découlant de la chance.

9. La forme finale de chaque échelle contenait seulement les symptômes et combinaisons de symptômes (a) qui apparaissaient dans un nombre suffisant de cas pour rendre possibles des traitements statistiques et (b) que des tests *t* indiquaient comme représentant des points significativement différents sur le continuum de la compétence sociale.

10. Bien que Knight ait considéré les personnes présentant un alcoolisme réactif comme plus matures que celles dont l'alcoolisme est essentiel, il conçoit – dans une perspective psychanalytique – que tous les alcooliques adultes sont passifs, dépendants et immatures du point de vue émotionnel.

11. L'échelle de Rudie et McGaughan comprend 69 items et est constituée de huit sous-échelles qui évaluent les aspects suivants : (1) la dépendance économique ; (2) la dépendance émotionnelle ; (3) l'implication persistante dans les tâches découlant de la réalité environnante ; (4) l'âge du patient au début de l'ingestion de boisson et les causes possibles de cette ingestion ; (5) les relations avec les amis ; (6) les traits de caractère ; (7) la présence de symptômes gastro-intestinaux et de gratifications orales multiformes ; (8) l'absorption de tout ce qui peut déterminer l'effet pharmacologique désiré.

12. Contrairement à Sugerma *et al.* (1965), Levine & Zigler (1973) n'ont pas tenu compte de la composante âge. Sur la base des cinq autres composantes retenues, Levine et Zigler créent deux sous-groupes : (a) celui qui réunit les sujets à compétence sociale élevée (ceux qui ont obtenu des scores maximaux pour, au moins, trois composantes de l'indice de compétence sociale) ; (b) le sous-groupe qui réunit les sujets à faible compétence.

13. Un tel point de vue peut être mis en relation avec le constat qu'indépendamment du diagnostic, les patients psychiatriques hospitalisés obtiennent des scores « compétence sociale » plus bas que ceux obtenus dans la population générale (Zigler & Phillips, 1961).

14. Les comparaisons intergroupes concernant d'autres variables révèlent plusieurs autres différences : (a) les patients de type C sont les plus agressifs ; (b) par rapport à la quasi-totalité des variables psychopathologiques examinées, les sujets de type C sont les plus perturbés ; (c) les patients de type A sont les moins impulsifs et ont un lieu de contrôle plus interne.

15. Dans les publications anglo-saxonnes est utilisé le syntagme "*posttraumatic growth*" qui devrait être traduit par *croissance* posttraumatique. Comme le terme de croissance renvoie à une augmentation de la taille d'une structure déjà existante, nous avons préféré utiliser ici le mot *développement* qui désigne des transformations. Cela va de pair avec la vision de la psychologie du développement en tant qu'étude des changements qui se produisent tout au long de la vie, donc de l'ontogénèse psychologique, étude de toutes les formes de développement individuel, en réaction à des environnements potentiellement divers.

# Chapitre 6

## Psychopathologie écosystémique

### Sommaire

1. Un modèle interactionniste de la psychopathologie
2. Psychopathologie et réseaux sociaux

Au départ, les cliniciens, chercheurs et praticiens, ont privilégié deux orientations que Ekehammar (1974) désigne sous le nom de **personnalisme** et de **situationnisme**. Si dans le premier cas, le clinicien se concentre sur la personne et les facteurs individuels, dans le second, son intérêt se porte sur l'environnement et les facteurs situationnels. Une synthèse dialectique de ces deux positions contradictoires a conduit à l'apparition de l'interactionnisme (Kantor, 1924 ; Lewin, 1935) qui, en plus de considérer le rôle, les contributions de la personne et de la situation, tient compte d'un troisième facteur important : l'interaction ou la relation entre la personne et la situation. Ceci signifie aussi le passage d'explications causales linéaires, unidirectionnelles, de type « cause-à-effet », à un modèle d'explications causales multiples, bidirectionnelles.

Selon Jasnosi (1984), deux développements épistémologiques ont permis l'évolution de l'interactionnisme vers une **approche écosystémique** : la théorie générale des systèmes (von Bertalanffy, 1968<sup>1</sup>; Laszlo, 1972) et l'écologie humaine (Theodorson, 1961). La théorie générale des systèmes établit, à partir de l'examen du fonctionnement et la structure d'un groupe de composantes en interaction, que la totalité du groupe, agissant ensemble, est plus importante que la somme des parties indépendantes. La théorie précise que les systèmes peuvent être fermés (lorsque les interactions ont lieu uniquement à l'intérieur du système) ou ouverts (lorsqu'ils peuvent être influencés par des facteurs externes).

L'écologie générale utilise la théorie des systèmes pour comprendre la relation entre les organismes vivants et leurs environnements. Plus spécifiquement, l'écologie humaine s'occupe de l'écosystème humain qui est l'unité de base de l'analyse (Evans, 1956) et qui fonctionne comme un système ouvert. Afin de maintenir la stabilité, l'écosystème humain change constamment. La compréhension de cet apparent paradoxe exige l'utilisation d'un modèle à niveaux multiples (O'Connor & Daniels, 1979). Dans une perspective écosystémique, diagnostique et thérapeutique, Stachowiak et Briggs (1984) proposent de considérer les six niveaux suivants<sup>2</sup> :

- le niveau physiologique, qui assure l'intégrité physique de l'organisme et qui implique l'interaction des sous-systèmes pulmonaire, circulatoire, digestif, etc. ;
- le niveau psychologique individuel, constitué d'un ensemble de fonctions et de processus (perceptions, représentations, cognitions, sentiments, motivations) dont l'interaction servirait de médiateur pour le comportement<sup>3</sup> ;



- le niveau du système individu-environnement physique qui assure la santé physique grâce aux interactions entre les sous-systèmes physiologiques de l'organisme et les conditions de l'environnement physique ;
- le niveau dyadique qui fait référence aux interactions entre les membres d'un couple et où le comportement de chacun est influencé, de manière mutuelle et circulaire, par celui de l'autre ;
- le niveau familial, où l'influence réciproque comportementale s'étend à trois individus et plus et où l'unité familiale cherche à équilibrer son besoin d'organisation interne et de stabilité avec les demandes adaptatives externes<sup>4</sup> ;
- le niveau de la famille élargie et du réseau social de chaque membre de celle-ci<sup>5</sup> constitue un système social étendu dont les fonctions seront évoquées, plus loin, dans ce chapitre.

Bien que décrits séparément, les six niveaux ont des interactions entre eux. Chacun d'eux correspond à un système délimité par une frontière qui sépare les interactions fonctionnelles de l'ensemble de ses composantes de celles du niveau suivant, supérieur, d'organisation. Chaque système est différent du point de vue qualitatif, aussi bien en ce qui concerne ses composantes que les normes qui gouvernent les interactions qui s'y produisent.

L'approche écosystémique (voir encadré p. 127) a de larges implications en psychopathologie. Celles-ci concernent, par exemple, la compréhension de l'apparition et du maintien des troubles psychopathologiques, de même que l'évaluation et le diagnostic. L'approche écosystémique implique aussi une interprétation différente des notions de santé mentale et de pathologie, ainsi que de la notion de symptôme.

Dans une perspective écologique, la personne en santé manifeste un ensemble de comportements et émotions qui peuvent changer de différentes manières. Quelqu'un peut, par exemple, passer du désespoir à l'espérance, à la haine, à l'amour et ainsi de suite. Une écologie des émotions qui juxtapose au cours du temps différentes émotions caractériserait une vie émotionnelle équilibrée. Une autre manière d'atteindre une organisation systémique est de procéder à l'**escalade** d'une émotion ou d'un comportement particulier. L'escalade d'un découragement initial peut, par exemple, conduire à un méta-découragement ou à ce qu'on appelle une « dépression chronique ». De cette manière, une escalade émotionnelle maintient l'organisation du système psychologique de la personne. Il se peut, aussi, qu'il y ait des oscillations entre différents types d'escalade émotionnelle, comme, par exemple, dans le cas d'épisodes maniaco-dépressifs.

Cette vision des choses suggère que la pathologie ou la symptomatologie représentent une escalade de l'identique ou de l'identité (*escalating sameness*), un simple changement dans l'intensité d'une émotion particulière ou le caractère extrême d'un comportement.

Ce point de vue concernant la symptomatologie implique aussi de considérer comme pathologiques, ainsi que le suggère Keith (1980), les membres de la famille d'un dépressif, qui ne sont pas eux-mêmes dépressifs. En accord avec Whitaker, Keith soutient que le fait de « sourire toujours », d'« être toujours rationnel », de « se comporter toujours bien » (catégorie décrite par Whitaker et appelée « le chevalier blanc ») constitue, dans ce contexte, des manifestations psychopathologiques<sup>6</sup>. Le fait que chaque membre d'une telle famille puisse avoir différentes formes d'escalade comportementale suggère que la famille entière équilibre les escalades de chaque membre. De cette manière, comme l'écrit Keeney (1984), les symptômes d'une personne peuvent être considérés comme une métaphore des relations interpersonnelles. De manière plus large, les symptômes sont les indicateurs d'une écologie des relations.

L'originalité de l'approche écosystémique peut être démontrée par de nombreux exemples. Dans un chapitre consacré aux enfants qualifiés de « perturbateurs » en raison de leurs troubles de comportement, Susan Swap (1984) formule une série de postulats concernant cette problématique particulière. Elle affirme, notamment, que « l'enfant n'est pas perturbé ». À propos des familles, Swap ajoute deux postulats, selon lesquels, d'une part « la famille n'est pas à blâmer » et, d'autre part, « les enfants, la famille et des facteurs communautaires interagissent pour produire le trouble ».

À la fin de cette partie introductive, il nous paraît important de préciser que l'organisation systémique qui maintient le symptôme n'inclut pas nécessairement la famille tout entière et n'est pas limitée à ce groupe social. De même, il faut noter que le point de vue écologique ne signifie pas un remplacement de la pathologie individuelle par une pathologie familiale<sup>7</sup>. Ce point de vue identifie plutôt la manière par laquelle les individus et les familles maintiennent leur organisation systémique par des *patterns* redondants de changement.

Dans le présent chapitre, deux thèmes seront traités afin d'illustrer l'esprit de l'approche écosystémique. Le premier est le modèle interactionniste de la psychopathologie, proposé par Anthony Marsella, professeur au département de

psychologie de l'université de Hawaï, ancien directeur du programme de recherche sur la schizophrénie de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Institut national de la santé mentale des États-Unis. Le second aspect, les réseaux sociaux, est particulièrement important en raison du rôle-tampon de l'appui offert, en situation de stress, par de tels réseaux, de même que par l'importance de ces réseaux pour l'intégration sociale des patients psychiatriques.

Certains éléments de l'approche écosystémique sont connus grâce aux progrès et à la popularité acquise par les méthodes de thérapie familiale<sup>8</sup>. En étudiant ces méthodes, Beels et Ferber (1969) les classent en deux catégories, en fonction du rôle qu'assume le thérapeute. La première catégorie est celle des « directifs » (*conductors*) qui interviennent activement et dirigent les entrevues thérapeutiques. Les principaux représentants de cette manière de procéder sont Nathan Ackerman, Virginia Satir, Murray Bowen, Salvador Minuchin, Roland Charp, Robert McGregor et Norma Paul. La seconde catégorie est celle des « réactifs » (*reactors*) qui permettent une activité plus libre, moins contrôlée. Cette catégorie se subdivise en deux :

(a) les « analystes » comme par exemple Carl Whitaker, Lyman Wynne, Alfred Friedman ou Yvan Boszormenyi-Nagy, qui se comportent de façon comparable aux psychanalystes traditionnels, et (b) les « puristes », représentés notamment par Don Jackson, Jay Haley et Gerald Zuk, qui respectent avec rigueur la théorie des systèmes et se préoccupent des normes familiales et des processus de communication.

Selon Foley (1976), le développement des thérapies familiales a plusieurs fondements théoriques, parmi lesquels une place importante est occupée par la théorie du double lien et la théorie de la communication.

La **théorie du double lien**<sup>9</sup> constitue l'aboutissement d'un projet de recherche mené au département de sociologie et d'anthropologie de l'université de Stanford (Palo Alto, Californie). Dirigé par l'anthropologue Gregory Bateson et consacré à l'étude de la communication dans les familles de schizophrènes, ce projet a

conduit à une publication intitulée *Toward a theory of schizophrenia* (1956), qui décrit les « ingrédients » d'un double lien. L'étude en question montre que : (1) le protagoniste qui applique le double lien émet deux catégories de messages contradictoires ; (2) pour la personne désignée comme « victime », la relation en cause est essentielle et ceci rend vitale la compréhension correcte du message ; (3) la « victime » est dans l'impossibilité de méta-communiquer, de commenter ou de demander des éclaircissements quant aux messages reçus.

Dans l'ouvrage *Une logique de la communication*, Watzlawick et al. (1972) avancent une série de cinq axiomes qui ont des implications fondamentales dans les relations interpersonnelles : (1) tout comportement est une communication ; (2) toute communication comporte une implication et sert ainsi à définir une relation ; (3) la nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires (la ponctuation fait référence à la façon dont chaque partenaire voit les « faits ») ; (4) les humains utilisent une communication verbale (digitale) – qui possède une syntaxe logique très commode pour transmettre des concepts – et une communication non verbale (analogique), qui possède un ensemble de signes définissant de manière non équivoque la nature de la relation ; (5) tous les échanges dans une communication sont faits d'une manière symétrique ou complémentaire, selon qu'ils se fondent sur l'égalité ou la différence des partenaires.

## 1. Un modèle interactionniste de la psychopathologie

À partir de 1967, Marsella commence une série d'études concernant un modèle interactionniste qui pourrait être appliqué à différents types de troubles mentaux. Dès les premières recherches concernant des sujets Philippins vivant en milieu urbain (Marsella *et al.*, 1969, 1972, 1975) et jusqu'aux publications plus récentes, notamment celle où sont présentées les modifications apportées au modèle initial (Marsella & Snyder, 1981), on retrouve un système conceptuel conformément auquel les différents types de psychopathologie sont une fonction de l'interaction du stress et des ressources dont dispose la personne pour faire

face au stress. Des adaptations de ce modèle ont été proposées par Cobb (1976), Dean et Lin (1977), Zubin et Spring (1977), Andrews *et al.* (1978), Johnson et Sarason (1979). Comme le note Marsella (1984), les composantes du modèle se trouvent représentées dans le *DSM III*.

Le modèle interactionniste de Marsella a quatre composantes de base :

1. **La composante « personne »**, représentée par la **dimension « faire face »** qui inclut tous les aspects (biologiques, psychologiques ou sociologiques) du fonctionnement humain qui sont les médiateurs des facteurs stressants. Les différences individuelles concernant cette dimension « faire face » expliquent les conséquences très diverses d'un même facteur stressant.

– Au niveau **biologique**, l'état de santé de l'organisme est très important et la fatigue excessive, la malnutrition ou les insuffisances de divers organes peuvent être la source de nombreux problèmes, surtout face à des facteurs stressants sévères. L'énergie et l'endurance nécessaires pour faire face aux agents stressants sont sérieusement affectées et limitées lorsqu'il y a des problèmes physiologiques. Il est clair, actuellement, que la capacité biologique de faire face est une partie importante de ce qui se passe lorsqu'on doit affronter des facteurs de stress.

– À un niveau **psychologique**, il est important de comprendre le rôle de la médiation cognitive du stress. Marsella *et al.* (1972) ont trouvé que les individus tendaient à utiliser quatre types différents de ce qu'ils ont appelé « des philosophies de vie pour faire face au stress » : la religion, le comportement orienté vers soi, la projection et un fatalisme optimiste<sup>10 10</sup>. L'habileté des sujets à expliquer les agents stressants qu'ils rencontrent constitue une partie critique de leur réponse à ces agents. Les processus perceptifs rendent les individus capables de « désamorcer » des facteurs de stress potentiellement pernicious, en permettant de les considérer d'une manière qui rend possible, par des processus conscients ou inconscients, la réduction de la sévérité des facteurs respectifs, ainsi que les implications négatives de ceux-ci. Tout ceci indique que la médiation psychologique des facteurs de stress permet de faire face efficacement à ces facteurs.

– Des appuis pour faire face aux facteurs de stress existent aussi au niveau **social** du fonctionnement de la personne. Ceci peut être discuté en termes de famille, d'amis, de réseaux et de systèmes d'appui de type bien-être social (Gottlieb, 1981). Les résultats de recherche ont aussi indiqué que les systèmes d'appui social sont les déterminants importants de l'évolution et de l'issue de troubles

psychiatriques sévères, comme la schizophrénie, la dépression et les troubles névrotiques (Beels, 1981 ; Hammer, 1981 ; Henderson *et al.*, 1981 ; Marsella & Snyder, 1981).

2. La **composante environnementale**, représentée par les **facteurs de stress**. Marsella (1984) définit le facteur de stress comme « tout événement, objet ou processus qui suscite un état de changement dans un système organismique ». Selon Marsella, trois dimensions des agents stressseurs (la catégorie, le contenu et les descripteurs) doivent être explorées :

- La **catégorie** fait référence au domaine particulier d'où provient le facteur de stress : logement, emploi, santé, vie de couple, éducation d'un enfant, loisirs, nutrition, relations interpersonnelles, etc. Il est évident que si l'une de ces catégories constitue la source majeure de facteurs de stress, d'autres catégories peuvent aussi être impliquées.
- Le **contenu** fait référence au type particulier de facteur de stress qui intervient à partir de l'une des catégories mentionnées. Il peut s'agir, par exemple, de la **perte** de l'épouse, du travail ou de la fortune, du **désaccord** entre les aspirations et les réalisations concernant l'emploi, l'habitation, la vie de couple, etc.<sup>11</sup>. Le contenu est centré essentiellement sur la qualité des caractéristiques de la « demande » du facteur de stress. Dans ce contexte, le contenu peut être considéré comme étant en relation avec certains *patterns* de réponses.
- Les **descripteurs** font référence aux différents paramètres mesurables des facteurs de stress. Parmi ceux-ci, les plus importants sont : la fréquence, l'intensité, la durée, la forme ou la configuration (sporadique, continue, ascendante, descendante, linéaire, curviligne, etc.), la complexité (additive, multiplicative), le fait d'être discriminable ou identifiable, le fait de pouvoir être contrôlé (par des réponses personnelles ou sociales), la familiarité, la prédictibilité, le conflit que peut engendrer le fait que le facteur de stress peut avoir des valences positives et négatives.

3. La **composante interactive**, représentée par la **dimension état de stress**. Cet état est suscité par l'interaction des facteurs de stress et des ressources de l'organisme. Les états de stress sont vécus à des niveaux de fonctionnement biologique, psychologique et sociologique. Deux dimensions des états de stress sont particulièrement importantes dans le modèle proposé par Marsella : le contenu et les paramètres (ou les descripteurs) de l'état de stress<sup>12</sup>. Les paramètres considérés sont au nombre de trois : charge du système, type d'expérience et niveau d'activation.

En fonction des caractéristiques de ces paramètres, l'examen du contenu de l'état de stress permet de décrire différentes configurations qui peuvent être mises en relation avec des *patterns* psychopathologiques. Par exemple, un état de stress impliquant une forte surcharge du système, une expérience négative et un niveau élevé d'activation peut conditionner un profil psychopathologique confus, délirant et agité. Par contre, un état de stress dont le contenu se caractérise par une sous-charge du système, une expérience négative et une basse activation peut conditionner un profil psychopathologique « terne », caractérisé par du retrait, de l'apathie, des hallucinations.

4. La **composante « psychopathologie »**. Hans Selye, chercheur dont la contribution à l'étude du stress est capitale, a décrit le « syndrome général d'adaptation », considéré comme une réponse humaine universelle et invariable, quel que soit le stressor qui l'engendre.

À partir d'études faites sur le stress biologique chez les rats, Selye décrit, en 1936, le syndrome général d'adaptation ou S.G.A. qui comprend trois phases (Selye, 1936, 1962, 1978).

Dans la **phase d'alarme**, ont lieu des modifications biologiques caractéristiques, consécutives à la première exposition à un facteur de stress.

Au cours de la phase de **résistance**, l'organisme lutte contre le facteur de stress. Ses mécanismes de défense sont sollicités au maximum et l'organisme puise dans ses réserves.

La **phase d'épuisement** apparaît lorsque l'organisme est exposé de manière prolongée au facteur de stress. L'organisme ne dispose plus de ressources énergétiques pour faire face à la situation dans laquelle il se trouve. Les signes de la réaction d'alarme, qui apparaissent à nouveau, sont alors irréversibles et cela entraîne la mort.

La description d'une réponse universelle ne permet cependant pas de comprendre l'apparition de troubles spécifiques. Pour cela, un certain nombre de nouvelles théories ont été proposées. Celles-ci insistent sur des aspects particuliers comme une faiblesse génétique, des vulnérabilités acquises, des configurations acquises de réponses organiques émotionnelles ou des

déterminants liés au type de personnalité. À ces théories, Marsella ajoute une cinquième théorie qui suggère que le type spécifique de trouble développé par une personne est une fonction des interactions entre l'organisme et la situation dans laquelle cette personne se trouve. Comme nous l'avons déjà vu, l'organisme peut être représenté comme un système de réponses pour faire face au stress et qui fonctionne à des niveaux biologique, psychologique et sociologique. La situation peut être représentée comme une source de facteurs de stress. L'interaction de l'organisme et de la situation a comme résultat un état de stress qui conditionne des configurations particulières de comportements qui peuvent devenir mésadaptés. Évidemment, tout ceci suppose que le stress constitue le fondement de la psychopathologie, tandis que les déterminants spécifiques résident dans les *patterns* d'interactions des facteurs de stress, des ressources qu'a l'organisme pour faire face et de l'état de stress. Ainsi, les *patterns* psychopathologiques que la personne développe sont déterminés aussi bien par des variables liées à l'organisme qu'à des variables situationnelles. La psychopathologie peut, par conséquent, être considérée comme « adaptative », parce qu'elle représente les *patterns* de réponses à des états psychologiques et physiologiques de stress.

Marsella (1984) propose un système de classification qui pourrait, selon lui, se révéler utile pour la mise en relation des comportements mésadaptés avec les trois premières composantes de son modèle : les ressources de la personne, les facteurs de stress et les états de stress. Dans ce contexte, Marsella considère qu'il serait important de décrire les comportements psychopathologiques en fonction de deux dimensions : (a) les différents systèmes fonctionnels (somatique, sensoriel, perceptif, moteur, affectif, cognitif, interpersonnel, du Moi), dans lesquels peuvent apparaître, en tant que réponses, les comportements pathologiques ; (b) les attributs quantitatifs (fréquence, durée ou latence) et qualitatifs (adéquation situationnelle, par exemple) des réponses émises par les différents systèmes énumérés. Cette manière de procéder permettrait aux cliniciens et aux chercheurs de décrire de manière très détaillée les « symptômes » et de mieux comprendre leurs caractéristiques.

Marsella est conscient du fait que le modèle qu'il propose n'est pas achevé. Il ne précise, en fait, que certaines des variables qui devraient être considérées lorsqu'on conceptualise la psychopathologie. Dans l'avenir, il sera nécessaire de développer des indices quantifiables pour ces variables et de spécifier ou de faire



des hypothèses quant à leurs relations. Ceci permettrait de tester de manière empirique le modèle proposé.

## 2. Psychopathologie et réseaux sociaux

Le réseau psychosocial constitue une matrice sociale fondamentale qui peut promouvoir la santé ou la pathologie. Ceci découle des nombreuses fonctions du réseau social : fonctions instrumentales (d'assistance), fonctions affectives et normatives, le fait d'offrir des modèles de rôles et d'engendrer chez les membres du réseau les sentiments d'appartenance au groupe et de responsabilité par rapport aux autres membres.

L'intérêt actuel des psychopathologistes pour les réseaux sociaux est lié aux résultats de différentes recherches (Myers *et al.*, 1972, 1975 ; Brown *et al.*, 1975 ; Mechanic & Greenley, 1976 ; Miller et Ingham, 1976 ; Miller *et al.*, 1976 ; Eaton, 1978) qui ont abouti aux conclusions que Pattison et Hurd (1984) résument ainsi : les structures environnementales et sociales qui entourent une personne (1) influent ou exercent un rôle de médiateur sur les événements qu'elle vit ; (2) affectent la sévérité des symptômes physiques et psychologiques de cette personne et (3) ont des caractéristiques structurelles et interactives différentes dans le cas des personnes ayant une dépression, comparativement aux personnes sans dépression. Ces résultats expliquent la prolifération des recherches concernant les réseaux sociaux, parmi lesquelles celles effectuées par Pattison présentent un intérêt particulier pour la psychopathologie écosystémique.

Pour étudier le réseau psychosocial d'une personne, Pattison (1973, 1976, 1977) a créé une méthodologie permettant d'évaluer la structure et le fonctionnement de ce réseau. Le « Pattison Psychosocial Inventory » permet de recueillir les trois catégories suivantes d'informations :

- la liste de toutes les personnes importantes pour le sujet au moment de l'évaluation, que celui-ci « les aime ou pas », personnes qui peuvent être classées en fonction de leur appartenance (famille, parenté, amis et voisins, camarades de travail) ;
- les liens, les connexions qui existent entre les membres du réseau en dehors de leurs relations avec le sujet étudié ;
- la nature et la qualité des interactions entre le sujet et chacune des personnes faisant partie du réseau, en tenant compte de plusieurs variables (contacts,

intensité émotionnelle, type de sentiments, fonction instrumentale, réciprocité).

Avec cette méthodologie, Pattison a étudié un échantillon national de personnes normales ainsi que des personnes présentant différents types de psychopathologie et a découvert trois types principaux de réseaux sociaux.

Le **réseau de la personne normale** comprend de 25 à 30 personnes, avec 5-6 personnes dans chacun des quatre sous-groupes mentionnés : famille, parenté, amis-voisins, camarades. Dans ce réseau, le sujet a de fréquents contacts avec la plupart des membres du réseau et son investissement émotionnel est positif et intense. Les membres du réseau s'offrent les uns aux autres de l'assistance instrumentale et leurs relations sont symétriquement réciproques. Le réseau aide le sujet à réduire le stress et l'anxiété qu'il vit.

Le **réseau de type névrotique**, différent du précédent, est rencontré chez les personnes présentant des troubles névrotiques, chez les alcooliques, chez les héroïnomanes et chez d'autres personnes non psychotiques présentant un comportement mésadapté de longue durée. Ce type de réseau ne contient qu'une quinzaine de personnes dont certaines sont vues rarement ou pas du tout. Cette diminution concerne la parenté, les amis et les camarades de travail. Le sujet compte plus sur ses liens (involontaires) avec des membres de la famille nucléaire. Les évaluations des variables interactionnelles mettent en évidence des niveaux beaucoup plus bas que dans le cas des normaux. Il y a fréquemment des interactions émotionnelles négatives et faibles. Les connexions entre les personnes faisant partie du réseau ne représentent que 50 % de celles du réseau normal : chaque personne n'est en relation qu'avec trois autres personnes. Le névrotique interagit, par conséquent, avec un ensemble limité d'individus, eux-mêmes connectés de manière clairsemée, et reçoit peu de *feedback* correctif de la part du réseau. Le réseau social des personnes présentant des comportements névrotiques induit du stress et maintient ou augmente le stress du sujet.

Le **réseau de type psychotique**, commun aux personnes présentant une schizophrénie aiguë ou chronique et à celles présentant des troubles affectifs majeurs, révèle une configuration différente du réseau de la personne normale. Il est constitué de 10 à 12 personnes, presque toutes en interaction les unes avec les autres. Les relations interpersonnelles sont négatives ou ambivalentes et fortement asymétriques. Le sujet est « pris », « attrapé » dans son réseau et tyrannisé par un système fermé, collusoire, ayant peu de liens avec des systèmes plus larges. Le réseau social ne peut pas traiter des niveaux élevés de stress qui

sont ainsi facilement transformés en anxiété et conduisent à la production de symptômes. Le système engendre des messages émotionnels conflictuels et contradictoires et le comportement instrumental qui y est rencontré prêle à confusion entre les membres du système. Le réseau psychotique engendre et augmente le stress et l'anxiété.

La différenciation des trois types de réseaux sociaux décrits dans les paragraphes précédents a d'évidentes implications pratiques, notamment dans le développement de stratégies d'intervention auprès des réseaux sociaux. Au-delà de cet intérêt pratique, une question, plus théorique, se pose : les comportements psychopathologiques des sujets sont-ils engendrés par des réseaux sociaux dysfonctionnels ou, inversement, les sujets pathologiques créent-ils leurs propres réseaux dysfonctionnels ? À cette question, Pattison et Hurd (1984) répondent que les deux ternies (le sujet et le réseau) interagissent réciproquement, comme l'approche écosystémique permet de l'envisager : le réseau entretient et développe la pathologie du sujet et la pathologie du sujet entretient et développe le dysfonctionnement du réseau social.

## Résumé

L'interactionnisme – synthèse dialectique du personnalisme et du situationnisme – a évolué vers l'approche écosystémique grâce à deux développements épistémologiques : la théorie générale des systèmes et l'écologie humaine.

L'écosystème humain, unité de base dans le champ de l'écologie humaine, change constamment afin de maintenir sa stabilité. La compréhension de cet apparent paradoxe exige l'utilisation d'un modèle à niveaux multiples comme, par exemple, celui à six niveaux, proposé par Stachowiak et Briggs, pour une utilisation diagnostique et thérapeutique.

L'approche écosystémique a de larges implications en psychologie. Il s'agit d'une interprétation différente des notions de santé mentale et de pathologie, ainsi que de la notion de symptôme. Dans ce cadre, les symptômes d'une personne peuvent être considérés comme une métaphore des relations interpersonnelles.

L'esprit de l'approche écosystémique est illustré, dans une section de ce chapitre, par le modèle interactionniste de la psychopathologie proposé par Marsella. Ce modèle a quatre composantes de base :

(1) la personne qui, avec les ressources dont elle dispose (biologiques, psychologiques ou sociologiques), tente de faire face au stress ; (2) l'environnement d'où proviennent les facteurs de stress ; (3) l'interaction des facteurs de stress et des ressources de l'organisme qui conduit à l'état de stress ; (4) la psychopathologie, conçue comme « adaptative », parce qu'elle est constituée de configurations de réponses psychologiques et physiologiques au stress.

Les réseaux sociaux constituent le second thème utilisé pour illustrer l'approche écosystémique. À l'aide d'une méthodologie spécialement conçue, Pattison différencie trois types de réseaux sociaux – celui de la personne normale et ceux de type névrotique et psychotique – types de réseaux qui ont des implications pratiques dans le développement de stratégies d'intervention auprès des réseaux sociaux.

1. Une traduction en français de l'ouvrage de Ludwig von Bertalanffy est parue chez Dunod, en 1973.
2. Pour décrire l'écosystème humain, différents autres schémas ont été proposés, notamment par Barker (Barker, 1968 ; Barker & Gump, 1964), par O'Connor (O'Connor & Ramchandani, 1970 ; O'Connor, 1977 ; O'Connor *et al.*, 1979), et par Bronfenbrenner (1977 ; 1979). Bronfenbrenner (1979), par exemple, identifie les quatre composantes suivantes : (1) le **microsystème** qui inclut les relations interpersonnelles, les activités molaires dirigées vers un but, les rôles définis par le système et les attentes liées au rôle d'une personne qui vit dans un cadre donné, comme l'école ou la famille ; (2) le **mésosystème** qui comprend les interrelations entre deux microsystèmes ou plus, microsystèmes auxquels participe la personne (les relations entre l'école et la famille ou entre la famille et le travail, etc.) ; (3) l'**exosystème**, composé d'environnements où la personne n'a pas de participation active, mais où peuvent se produire des événements qui affectent ce qui se passe dans les milieux où se trouve et interagit la personne (les effets, par exemple, des environnements où travaillent les parents sur l'environnement familial de leur enfant) ; (4) le **macrosystème** qui fait référence aux invariants culturels des trois autres systèmes et de leurs interrelations, ainsi qu'aux valeurs et croyances sociales qui sous-tendent de telles constantes culturelles.
3. Dans ce cadre, la compétence d'une personne à se mettre en relation avec les conditions, en changement, de son environnement dépend de plusieurs habiletés : (1) percevoir de manière appropriée les conditions environnementales ; (2) donner un sens à ces perceptions en les mettant en relation avec un schéma conceptuel interne ; (3) décider quelle est l'action appropriée à entreprendre ; (4) réaliser cette action dans le temps ; (5) améliorer son efficacité en recommençant, si nécessaire, le cycle décrit.
4. Un équilibre dynamique est maintenu grâce à la mise en marche de boucles de *feedback* négatif et positif. Le *feedback* négatif est utilisé pour maintenir le fonctionnement familial entre des limites acceptables, en contrecarrant les déviations du normal ou du comportement attendu. Le *feedback* positif promeut le changement dans le système familial en encourageant les nouveaux comportements. Le *feedback* positif est essentiel pour que la famille puisse s'adapter à de nouvelles situations ou conditions de vie.
5. La famille élargie inclut les parents par le sang, les oncles, tantes, cousins et cousines, de même que les parents par alliance, les beaux-pères et les belles-mères, les demi-frères et demi-sœurs, les belles-filles, les enfants d'un autre lit, les beaux-parents. Le réseau social de l'individu est composé des amis, des voisins et des camarades de travail, d'école ou d'organisations sociales.
6. Comme les symptômes apparaissent de manière synchrone avec les *patterns* d'escalade des autres personnes, il est évident que le *DSM III* ne dénomme pas toutes les formes de symptomatologie. D'autres étiquettes pourraient être, par exemple, « normalité psychotique », « bonheur involutif », etc. (Keeney, 1984).
7. Szapocznik *et al.* (1984) écrivent qu'au fur et à mesure que la théorie des systèmes s'est développée, les symptômes de l'individu ont été considérés comme le reflet d'une pathologie familiale et que la pathologie familiale a été interprétée comme un symptôme des systèmes plus grands, plus amples, dans lesquels est située la famille. On peut, aussi, noter que les thérapeutes parlent, de plus en plus, de « famille schizophrène », de « famille encoprésique », etc. (Mannino & Shore, 1984).
8. Parmi les ouvrages sur la thérapie familiale, publiés en langue française, les lecteurs peuvent consulter les volumes élaborés par Haley *et al.* (1980), Andrey *et al.* (1983), Andolfi (1986), Ackermans et Andolfi (1987). L'ouvrage paru sous la direction de Pluymaekers (1989) est consacré, en même temps, à la thérapie familiale, à l'approche systémique des réalités institutionnelles et à l'implication du consultant auprès d'institutions.
9. Les ouvrages de Benoit (1983) et de Marc et Picard (1984) offrent des détails intéressants concernant la théorie du double lien.
10. L'utilisation de ces quatre philosophies peut être décrite à l'aide de quatre assertions :
  - (a) « En périodes troubles, on doit prier et se fier à Dieu » ;
  - (b) « Les gens peuvent résoudre leurs problèmes en réfléchissant et en planifiant au cours des situations qu'ils rencontrent » ;
  - (c) « La majorité des problèmes est le résultat de la malveillance des autres » ;
  - (d) « Les choses se déroulent conformément au destin : ... ce qui doit se passer, se passera ».
11. À un niveau plus général d'analyse, le contenu des facteurs de stress peut être classé en fonction de

catégories comme le conflit de rôle, la privation de rôle, l'acculturation, le conflit de valeurs, etc.

12. Les descripteurs des états spécifiques de stress sont les mêmes que ceux déjà notés comme paramètres des facteurs de stress (par exemple, fréquence, forme ou configurations, etc.).

# **Chapitre 7**

## **Ethnopsychopathologie**

### **Sommaire**

- 1. Syndromes culturellement spécifiques**
- 2. Grandes études transculturelles  
de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**
- 3. Questions posées par le diagnostic**

Étude du rapport entre les troubles psychopathologiques et la culture d'origine du patient, l'ethnopsychopathologie connaît un développement très important. L'intérêt porté à cette approche s'explique par le fait que les professionnels sont appelés, de plus en plus souvent, à diagnostiquer et à soigner des personnes d'autres cultures, suite aux migrations économiques, aux mouvements de réfugiés, au fait d'aller faire des études à l'étranger, mais aussi à l'hétérogénéité (liée au multiculturalisme et aux différences socio-économiques) des sociétés occidentales. De même, la création, dans les pays en voie de développement, de réseaux d'assistance psychiatrique et psychologique, ainsi que la mise sur pied de programmes de recherche dans ces domaines, expliquent elles aussi l'intérêt accru pour l'ethnopsychopathologie.

De nombreux faits montrent que l'étude de la psychopathologie dans une perspective culturelle n'est pas récente. Esquirol, par exemple, avait l'habitude d'envoyer ses élèves accompagner des malades convalescents au cours de grands voyages. C'est ainsi qu'après un premier voyage en Suisse et en Italie, Moreau de Tours visita l'Orient en 1837 ce qui donna lieu à deux publications importantes : *Recherches sur les aliénés en Orient. Notes sur les établissements qui leur sont consacrés à Malte, au Caire, à Smyrne et à Constantinople* et *Du hachish et de l'aliénation mentale. Études psychologiques* (Baruk, 1964 ; Bollotte, 1973). Soixante-six ans plus tard, un autre psychiatre, allemand celui-ci, Kraepelin, fit un voyage à Java et en Malaisie, afin de vérifier si sa nosographie avait une validité universelle.

L'ethnopsychopathologie doit aussi son essor à Freud qui a été constamment intéressé par les implications psychopathologiques du fait culturel, de même qu'aux nombreux représentants de l'école culturaliste et néo-freudienne américaine – Geza Roheim, Ruth Benedict, Margaret Mead, Ralph Linton, Abraham Kardiner, Karen Horney, Sandor Rado ou Harry Stack Sullivan. Un apport de taille est dû à Georges Devereux<sup>1</sup> qui a beaucoup contribué au développement de l'ethnopsychiatrie et de l'ethnopsychanalyse, champs connexes à l'ethnopsychopathologie, orientés en égale mesure vers la thérapie et vers l'étude des troubles psychopathologiques et dont les fondements sont clairement psychanalytiques. Des informations détaillées concernant l'histoire du développement de l'ethnopsychopathologie peuvent être trouvées dans des ouvrages généraux, comme ceux de Postel et Quézel (1983), Alexander et Selesnick (1972) ou dans des travaux spécialisés élaborés par Devereux (1977, 1985), Tousignant et Murphy (1978), Nathan (1986).



L'abondance du matériel disponible et l'espace dont nous disposons nous ont obligés à opérer un choix de contenus. Les cinq thèmes suivants (traités d'ailleurs en détail par d'autres auteurs) ont ainsi été laissés de côté dans ce chapitre :

- l'influence des modèles culturels de pensée sur les théories psychiatriques primitives et modernes, aspect abordé par Devereux dans son *Ethnopsychanalyse complémentariste* ;
- la différenciation culturelle de l'expression, notamment verbale, des symptômes, problème traité dans de nombreux travaux parmi lesquels se trouve le remarquable ouvrage collectif édité par Simpson (1980) : *Psycholinguistics in Clinical Practice : Languages of Illness and Healing* ;
- les théories étiologiques traditionnelles : possession par un génie, un démon, un ancêtre, un mort, attaque par un sorcier cannibale, absorption de philtres d'amour, de philtres de haine, envoûtements et maraboutages, frayeur et perte d'âme, transgression de tabous, initiation solitaire que Nathan (1988) décrit comme générant et gérant des thérapies ;
- la représentation, place et valeur des événements de vie, étudiés dans une perspective culturelle, thème abordé par Bensmail (1985), Boucebci (1985), Gounongbe *et al.* (1985) ;
- un aspect très important pour la compréhension de certains retards de développement, à savoir la manière dont s'exerce l'influence de la culture sur la cognition, domaine où actuellement deux tendances se manifestent : l'étude des pratiques culturelles et l'analyse de l'écologie sociale-cognitive (Miller-Jones, 1989).

Les thèmes choisis pour être traités dans les deux premières sections de ce chapitre, les syndromes culturellement spécifiques et les grandes études transculturelles de l'Organisation mondiale de la santé, illustrent bien un des grands débats de l'ethnopsychopathologie, débat qui oppose les perspectives émique et étique. Le terme **émique** fait référence à une perspective intraculturelle qui souligne ce qui est spécifique à une culture donnée. Le second terme, **étique**, fait référence à une perspective transculturelle, universelle. Plus concrètement, le débat oppose les tenants de la spécificité culturelle des psychopathologies aux tenants de leur universalité. Une position intermédiaire paraît actuellement raisonnable : « L'existence des différences dans l'expression des états pathologiques suivant les cultures est un fait universellement accepté, mais il faut se garder, en ce domaine, d'erreurs par excès au même titre que d'erreurs par omission. À vouloir trop mettre en lumière les particularités, on

risque de tomber dans un culturalisme intégral, travers dans lequel ont sans doute sombré, à une certaine époque, quelques ethnologues » (Pichot, 1981).

Pour terminer ce chapitre, une troisième partie est consacrée à plusieurs questions soulevées par le diagnostic qui, en ethnopsychopathologie, vise les mêmes objectifs qu'en psychopathologie générale : formuler un pronostic d'évolution et choisir un traitement (Westermeyer, 1985). Les aspects abordés dans cette partie sont : le processus diagnostique tel qu'il se déroule dans les sociétés traditionnelles, la variabilité du diagnostic et, enfin, un problème méthodologique, l'équivalence transculturelle des instruments de diagnostic.

## 1. Syndromes culturellement spécifiques

Les syndromes « culturellement spécifiques » ou « liés à la culture »<sup>2</sup> représentent des entités cliniques décrites chez des personnes appartenant à certaines communautés culturelles et qui, par conséquent, n'apparaissent que dans des zones géographiques bien définies. Le glossaire élaboré par Hugues pour l'ouvrage consacré aux syndromes liés à la culture (Simons & Hughes, 1985) comprend 182 noms d'entités, dont certains désignent des ensembles de symptômes qui se ressemblent de manière frappante. Ainsi, *latah*, *mali-mali*, *bah-tsche* et *imu* sont des noms locaux pour un même phénomène, tout comme *koro* et *shookyong*. Simons propose que les syndromes similaires apparaissant dans divers environnements culturels soient groupés sous un même nom et suggère, pour les exemples cités, les appellations « syndromes du regroupement tressaillement/frayeur » ou « syndromes de rétraction génitale ».

Certains chercheurs, surtout ceux œuvrant dans le domaine des sciences sociales, insistent sur l'unicité culturelle de ces syndromes et sur le fait qu'ils ne peuvent être considérés que dans leur contexte socioculturel (Kenny, 1983). D'autres, habituellement cliniciens, soutiennent l'intérêt de comparer les concomitants bio-psycho-socio-culturels de ces syndromes, partout où ils apparaissent, afin de mettre en évidence des similarités (Simons, 1980).

Un des syndromes culturellement spécifiques les plus connus est le *latah* ou, comme l'écrivent Ellenberger et Murphy (1978), les états de type *latah*, catégorie qui regroupe des troubles mineurs décrits dans différents coins du monde : en Malaisie, en Indonésie, en Sibérie, dans le nord du Japon, en Afrique du Nord. Le *latah* a aussi été rapporté parmi les Bantous d'Afrique et les Canadiens

français. Déclenché habituellement par des stimuli minimes, par un bruit, une frayeur ou une situation embarrassante, le *latah* consiste en une réaction de sursaut et de stupéfaction impliquant, pendant quelques minutes, une perte de contrôle et de la coprolalie. Ellenberger et Murphy (1978) signalent des changements importants quant aux catégories de personnes atteintes de *latah*. En effet, au XIX<sup>e</sup> siècle, ce trouble était présent chez les sujets des deux sexes et même plus fréquemment chez les hommes, notamment chez des soldats et des domestiques. Les personnes atteintes ne présentaient aucun autre trouble en dehors des épisodes de *latah* et avaient, souvent, une intelligence supérieure à la moyenne. De nos jours, le *latah* apparaît presque exclusivement chez des femmes, surtout d'âge mûr, qui présentent les manifestations d'un autre trouble mental ou dont le niveau intellectuel est inférieur à la moyenne.

Un autre syndrome culturellement spécifique est le *koro*, décrit pour la première fois dans l'île des Célèbes, en Indonésie (Van Brero, 1896). Il survient sous forme de crises et consiste en une crainte que le pénis ne se retire dans l'abdomen et que la mort s'ensuive. Son apparition était assez fréquente pour que des instruments spéciaux soient fabriqués dans le but de retenir le pénis au cours des crises. Ellenberger et Murphy (1978) le classent dans le groupe des névroses sexuelles les plus connues en Asie, avec le *jiryán*, présent dans le nord de l'Inde et le *shookyong* rencontré chez les Chinois et les Thaïs et décrit, plus récemment, sous forme de brèves épidémies à Singapour et dans le nord de la Thaïlande. Dans le cas du *jiryán*, il s'agit d'une peur que la force vitale soit perdue avec le sperme, lors de rapports sexuels, de la masturbation ou d'éjaculations nocturnes. Le *shookyong* qui classiquement ressemble au *koro* (crainte que les organes génitaux se recroquevillent et que la mort s'ensuive) se rapproche plus, dans sa forme épidémique, de l'hystérie épidémique portant sur l'infection imaginaire ou la peur des fantômes.

Un troisième syndrome, très connu, est l'*amok*<sup>3</sup>, syndrome de type psychotique (Ellenberger & Murphy, 1978), qui atteint presque toujours les hommes. Décrit dès le XIX<sup>e</sup> siècle (Ellis, 1893 ; Abraham, 1912), il réapparaît, après une période de disparition, dans les années soixante, surtout en Indochine. Le patient ne présente, généralement, aucun signe de trouble mental. Après une frustration mineure qui ne conduit à aucune réaction (à part le fait de broyer du noir pendant quelque temps), le patient se met brusquement à attaquer les personnes qu'il rencontre. Cette attaque est perpétrée par le sujet sans égard pour sa propre vie, parfois même les yeux fermés, et en utilisant, généralement, une épée courte

appelée *Kris*. À partir de 1959, on a noté, au Laos, l'utilisation de grenades (Westermeyer, 1973).

Parmi les autres syndromes culturellement spécifiques, le *windigo*, le *pibloktoq*, le *susto*, la folie ou la névrose du nettoyage et le *taijin kyofushö* sont les entités les plus connues.

- Dans le cas du *windigo*, psychose décrite chez les Indiens du Nord canadien, le patient croit en l'esprit *windigo* qui mange de la chair humaine et qui peut, en prenant possession de quelqu'un, le forcer à faire de même (Ellenberger & Murphy, 1978). Certains patients peuvent attaquer et manger d'autres personnes.
- Le *pibloktoq* ou l'hystérie arctique<sup>4</sup> apparaît dans certains groupes d'Esquimaux. C'est un état d'excitation violente associé au fait de prendre la fuite sans aucun but. La crise peut être précédée par une période d'irritabilité et peut être suivie par des convulsions ou un état de stupeur.
- Le *susto* est un syndrome rencontré en Amérique du Sud et constitué d'insomnie, d'asthénie, d'apathie, de perte de l'appétit, de dépression et d'anxiété (Butcher & Bemis, 1983). Il est attribué, traditionnellement, au choc qui résulte de la perte de l'âme.
- La folie ou la névrose du nettoyage (*die Putswut*, en allemand), décrite par Ellenberger (1950) et rencontrée surtout en Suisse allemande, consiste à nettoyer sa maison de façon exagérée et irraisonnée. Elle n'est pratiquement rencontrée que chez des femmes qui travaillent toute la journée pour que tout reluisse. Elles quittent très difficilement leur maison et lorsqu'elles n'époussettent pas, elles s'adonnent à d'autres occupations de type obsessionnel : tricotage interminable, réparation minutieuse de vêtements en loques.
- Le *taijin kyofushö* (connu dans les publications occidentales sous le nom d'anthropophobie<sup>5</sup>) constitue une catégorie diagnostique fréquemment utilisée par les psychiatres japonais qui l'ont créée dans les années vingt afin de désigner un état qu'ils considéraient comme n'apparaissant que chez les Japonais, et qui est reconnu comme une sous-catégorie de la classe générale des névroses (Honda, 1983).

Selon Kimura (1971), il y a quatre variétés d'anthropophobies :

- l'éreutophobie (la peur de rougir en présence d'autres personnes) ;

- la dysmorphophobie (la crainte d'être laid, d'avoir une particularité morphologique qui puisse être désagréable aux autres, avoir un sourire indiscret sur les lèvres, par exemple) ;
- l'autodysosmophobie (la phobie de dégager une mauvaise odeur) ;
- la phobie de l'effet produit sur autrui par son propre regard<sup>6</sup> (phobie qui débute à la puberté pour disparaître en général spontanément vers la trentaine, et qui consiste à avoir peur de regarder les autres, même d'un rapide coup d'œil, parce que ce regard pourrait paraître provocant, arrogant, indiscret).

Après l'adoption, au Japon, au tournant du siècle, du système allemand de classification de Kraepelin, il est devenu de plus en plus clair que tous les problèmes auxquels étaient confrontés les psychiatres japonais ne pouvaient pas être moulés dans les catégories allemandes. Les psychiatres japonais retiennent ce diagnostic parce que, dans leur pratique, des symptômes comme la peur du contact oculaire, la peur de rougir, la peur de répandre des odeurs désagréables, etc., se regroupent souvent.

Le fait qu'il y ait beaucoup d'anthropophobies au Japon et qu'on accorde, dans ce pays, une aussi grande attention à ce type de névrose soulève une question qui se pose d'ailleurs pour chaque syndrome culturellement spécifique : quelle est la relation entre les symptômes décrits et le cadre culturel dans lequel ils apparaissent ? Ruth Benedict décrivait la culture japonaise comme une culture de honte, en contraste avec la culture européenne de culpabilité. Les Japonais sont connus comme un peuple très sensible aux opinions des autres. Il n'y a pas de doute que les Japonais sont très préoccupés par leur réputation et par le désir de donner une bonne impression d'eux. Tous ces éléments sont, sans doute, liés aux manifestations du *taijin kyofushō*, groupe de phobies relatives à certains modes de contact interpersonnel. Pour d'autres syndromes aussi nous disposons d'amorces d'explications et d'hypothèses concernant la relation entre les symptômes qui les définissent et l'environnement culturel des patients<sup>7</sup>, relation qui devra, sans doute, faire l'objet d'études supplémentaires. Dans cette perspective, les commentaires de Westermeyer (1985) nous paraissent très pertinents :

- comme ils apparaissent dans des cultures parfois assez différentes, et séparées par des distances considérables, ces syndromes sont considérés par la majorité des chercheurs comme n'étant pas simplement « liés à la culture » ;

- les syndromes liés à la culture ont des composantes communes comme, par exemple, la peur, l’anxiété, l’amnésie, la fuite sans but, le retrait social, etc. ;
- souvent, le nombre de cas diminue ou augmente avec le temps et nous pouvons assister à de véritables « épidémies » brusques et étendues, comme c’est le cas pour *l’amok* ou le *koro* ;
- les troubles psychiatriques associés incluent des diagnostics très différents : troubles de personnalité, neurasthénie, crise ou trouble d’adaptation, syndromes cérébraux organiques, délire induit par des médicaments, dépression majeure, manie, psychose schizophréniforme et schizophrénie.

Avant de conclure cette section du chapitre, il nous paraît important de répondre à une question centrale : comment situer les syndromes culturellement spécifiques par rapport à la nosologie psychiatrique classique ? Trois réponses sont à envisager (Butcher & Bemis, 1983) :

- le caractère particulier, unique, de ces entités remet en question l’application indépendante de la culture (*culture-free*) des systèmes nosologiques occidentaux (Draguns, 1973 ; Marsella, 1978, 1979). En raison du caractère distinct des syndromes liés à la culture, Simons (1987), tout comme Prince et Tchong-Laroche (1987), considère qu’il serait utile de les inclure dans les versions ultérieures du *DSM* et de la *CIM* ;
- on peut aussi soutenir que de tels syndromes sont de simples variantes de troubles psychiatriques comme l’hystérie ou la psychose réactive (Wittkower & Fried, 1959 ; Honigman, 1968 ; Yap, 1969 ; Kiev, 1972 ; Kennedy, 1973) ;
- enfin, on peut les considérer comme des ensembles de symptômes aigus, transitoires, superposés à des processus psychiatriques en cours (Rin, 1965 ; Kennedy, 1973).

Des recherches ultérieures sont impérieusement nécessaires pour préciser laquelle de ces réponses est la bonne.

## **2. Grandes études transculturelles de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**

### **2.1. Études des troubles dépressifs**

Les troubles dépressifs constituent une préoccupation majeure de l’OMS. Dès le milieu des années soixante, l’OMS a élaboré plusieurs projets ayant pour

objectif de mettre au point des méthodes d'évaluation, de classification et de notification des troubles dépressifs, applicables au niveau international.

Dans le cadre d'un projet OMS concernant la prévention du suicide, l'équipe de chercheurs a tenté de mettre en évidence pourquoi les systèmes d'enregistrement du suicide et des tentatives de suicide manquaient de fiabilité (OMS, 1974). Plus tard, lors de la neuvième révision de la Classification Internationale des Maladies (OMS, 1978), le chapitre relatif aux troubles mentaux a été remanié, notamment pour comprendre un plus grand nombre de rubriques pour la classification des états dépressifs.

Dans le cadre de l'Étude Pilote Internationale sur la Schizophrénie (OMS, 1973, 1979), un groupe de 256 malades atteints de dépression a été sélectionné pour permettre des comparaisons avec les groupes de schizophrènes. Les résultats obtenus montrent, d'une part, qu'il est possible de mettre au point des méthodes normalisées pour l'évaluation de la dépression dans différents contextes culturels et, d'autre part, que les malades dépressifs provenant de neuf pays très différents du point de vue culturel ont de nombreuses caractéristiques communes.

Un autre projet OMS est consacré aux possibilités d'amélioration du traitement de la dépression dans sept pays en voie de développement, possibilités examinées dans le contexte d'une recherche plus ample portant sur l'introduction possible de composantes de santé mentale dans les services de soins de santé primaires (Harding, 1977, cf. Sartorius, 1983).

Partant d'une série d'observations qui montraient que des personnes appartenant à différents groupes ethniques semblaient réagir de façon différente à des médicaments spécifiques, une enquête OMS a été entreprise pour évaluer les effets des médicaments antidépresseurs sur une série de malades vivant dans des contextes socioculturels et des conditions climatiques différents (Sartorius, 1973 ; Vartanian, 1976, cf. Sartorius, 1983).

En 1983, l'OMS publie un important rapport concernant l'étude collective sur l'évaluation normalisée des troubles dépressifs (Sartorius *et al.*, 1983), document qui sera présenté dans cette section du chapitre. L'étude décrite dans ce rapport a été conçue en 1970, avec la collaboration de centres de recherches situés à Montréal, Téhéran, Nagasaki, Tokyo et Bâle. Les cinq zones d'étude choisies présentaient des différences du point de vue démographique, culturel et social. Avantage supplémentaire, deux des centres de recherche étaient situés dans le

même pays (le Japon) ; ainsi, même si l'ensemble des patients japonais appartenait au même environnement « macro-culturel », les malades de Tokyo vivaient dans une ville à forte densité de population, tandis que ceux de Nagasaki habitaient dans une région rufo-urbaine.

Pour les besoins de cette étude, l'équipe a mis au point deux instruments : (a) une fiche de tri pour sélectionner les malades (qui représente une simple liste de contrôle énumérant les critères d'inclusion/exclusion) ; (b) le Protocole pour l'Évaluation normalisée des Troubles Dépressifs (PETD/OMS), instrument qui permettait l'enregistrement des données obtenues lors de l'évaluation clinique des malades. Ce protocole a été conçu pour être applicable dans une recherche internationale, c'est-à-dire pour être capable d'enregistrer des caractéristiques de troubles dépressifs spécifiques d'une culture, y compris celles qu'il n'était pas possible de prévoir à partir des connaissances disponibles. La normalisation des rubriques et l'uniformité de la cotation ont été obtenues en ajoutant au protocole un glossaire de définitions, complétées par des questions exploratoires utilisées dans les différents centres au cours de l'examen clinique et en établissant des règles pour la cotation spécifique des rubriques individuelles<sup>8</sup>.

Suite à l'application des critères de tri et à l'utilisation du Protocole PETD/OMS, l'équipe de recherche a sélectionné un total de 573 malades qui ont été soumis à un bilan détaillé. Il existe des similitudes entre les groupes de malades ayant bénéficié d'un bilan dans les quatre centres – Bâle, Montréal, Nagasaki et Tokyo – situés dans des pays développés. Ceci ne permet cependant pas d'établir avec précision de quelle manière ces groupes se différencient de la population générale des zones respectives. Une seule différence socio-économique apparaît clairement : les travailleurs de l'industrie (particulièrement les ouvriers qualifiés) semblent sous-représentés dans la population des malades, tandis que les femmes au foyer, elles, paraissent quelque peu surreprésentées. Le groupe de Téhéran se différencie des groupes étudiés dans les autres centres parce que les patients qui le composent sont, en moyenne, plus jeunes, très souvent illettrés et à faible revenu.

Les diagnostics établis pour chaque malade ont été classés selon deux systèmes, l'un proposé par le centre de Bâle (fondé sur des concepts nosologiques et distinguant huit types d'états dépressifs) et l'autre par le centre de Téhéran qui proposait cinq types d'états dépressifs. Comme le nombre de patients répartis dans chacun des types très détaillés de classifications était insuffisant pour permettre une analyse et des comparaisons, les différentes



rubriques ont été regroupées selon un schéma tripartite simplifié comprenant la dépression endogène, la dépression psychogène et, enfin, les autres formes de dépression<sup>9, 10</sup>. Sur les 573 patients examinés, 56,7 % étaient classés dans le groupe « dépression endogène », 37,2 % dans le groupe « dépression psychogène » et 6,1 % dans « autres formes de dépression ». Dans quatre centres (Nagasaki, Tokyo, Téhéran et Bâle), les dépressions endogènes étaient en plus forte proportion que les dépressions psychogènes. À Montréal, par contre, les malades étaient plus nombreux dans le groupe des psychogènes.

L'étude de la symptomatologie de l'épisode qui est à l'origine de l'inclusion de chaque malade dans la population de cette recherche montre que, dans tous les centres, les patients présentaient pratiquement le même « noyau » de symptômes : tristesse, absence de joie, anxiété, tension, manque d'énergie, désintérêt, perte de la capacité de concentration, idées d'insuffisance, d'incapacité et de dévalorisation. À ce noyau de la dépression (présent dans 76 % des cas) s'ajoutaient beaucoup d'autres symptômes à Nagasaki (neuf symptômes supplémentaires), et quelques-uns à Bâle et Montréal. Le groupe de symptômes de base était quelque peu réduit à Tokyo et Téhéran. L'anxiété et la tension nerveuse semblent figurer, dans tous les centres régionaux, parmi les symptômes les plus fréquents des troubles dépressifs. Les idées d'insuffisance (l'un des symptômes les plus fréquents à Bâle) sont moins souvent notées à Tokyo et encore plus rarement à Téhéran.

Pour quelques symptômes seulement, on a observé des différences marquées entre les centres de recherche. Ce fut le cas, en particulier, de l'agitation psychomotrice (se manifestant rarement, dans l'ensemble, sauf à Téhéran) et des sentiments de culpabilité et d'auto-réprobation (68 % à Bâle et seulement 32 % à Téhéran). On a constaté l'absence frappante de symptômes spécifiques d'une culture, c'est-à-dire de manifestations ne s'intégrant pas dans la phénoménologie classique des troubles dépressifs. Les symptômes et les plaintes plus « folkloriques » ont été représentés par un seul cas « d'expérience de possession » à Nagasaki et des plaintes de spermatorrhée chez un malade du centre de Téhéran.

En conclusion, si l'on admet que les malades ayant participé à ce projet OMS sont représentatifs des cas habituellement traités dans les cinq centres où s'est déroulée cette recherche, on peut alors affirmer que les malades qui sollicitent, dans les cinq zones d'étude, un traitement psychiatrique pour lutter contre les troubles dépressifs présentent, à bien des égards, des ressemblances frappantes.

## 2.2. La schizophrénie : psychose ethnique ou trouble universel ?

Dans un article sur « Les origines sociales de la schizophrénie » paru dans *L'Information psychiatrique* (1965) et repris, ensuite, dans les *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (1977), sous le titre « La schizophrénie, psychose ethnique ou la schizophrénie sans larmes », Devereux écrivait que cette entité est la psychose la plus répandue dans la société moderne et que la schizophrénie dite « nucléaire » ne s'observe jamais parmi les populations demeurées authentiquement primitives.

Pour Devereux, la schizophrénie constitue la psychose ethnique type des sociétés civilisées complexes, la notion de psychose ethnique (tout comme celle de névrose ethnique) étant définie de la manière suivante :

1. « Le conflit qui sous-tend la névrose ou la psychose affecte également la plupart des individus normaux : le conflit du névrosé ou du psychotique est simplement plus violent que celui des autres ; le patient est donc **comme** tout le monde, mais il l'est **plus** intensément que tout le monde ».
2. « Les symptômes caractéristiques de la névrose ou psychose ethnique ne sont pas improvisés. Ils ne sont pas inventés pour le malade : ils lui sont fournis “prêts à porter” par son milieu culturel et représentent, dans le sens même où l'entend Linton, des “modèles d'inconduite”. Tout se passe comme si la société disait au névrosé ou au psychotique en puissance : “ne sois pas fou, mais, s'il te faut l'être, manifeste ta folie de telle ou telle manière... et non d'une autre. Si tu t'écarter de ce comportement, on ne te tiendra pas pour fou, mais pour criminel, sorcier ou hérétique” ».

Le programme de recherche épidémiologique transculturelle de la schizophrénie, mis sur pied par l'OMS a permis de recueillir des données particulièrement intéressantes pour la compréhension des relations entre le milieu culturel et les troubles diagnostiqués comme schizophrénie. Ces données, nous allons le voir, viennent infirmer l'interprétation de la schizophrénie comme psychose ethnique.

Le programme OMS comprend trois études majeures :

- La première (1969-1977) est l'*Étude Pilote Internationale sur la Schizophrénie* (EPIS) qui s'est déroulée dans neuf centres d'Afrique, d'Asie, d'Europe, d'Amérique latine et du Nord et a impliqué un total de 1 202 patients évalués

initialement et réévalués deux ans et cinq ans plus tard (OMS, 1973, 1977, 1979). Certains centres ont réalisé un suivi de dix ans.

- La deuxième étude (*Évaluation et réduction de l'incapacité psychiatrique*), dont les résultats furent publiés en 1980, est centrée principalement sur les manifestations et le traitement des troubles comportementaux et des incapacités sociales des patients présentant une schizophrénie à début récent (Jablensky *et al.*, 1980). Cette étude a porté sur 520 patients de cinq pays européens et d'un pays africain. Ils ont été évalués, à nouveau, un an et deux ans après l'évaluation initiale.
- La troisième étude (1978-1986) concernait les *Déterminants de l'évolution des troubles mentaux sévères*. Elle a impliqué 1 379 patients (745 hommes et 634 femmes), évalués dans douze centres de dix pays. Ces patients ont été identifiés et triés en raison du fait qu'ils présentaient les symptômes d'une psychose fonctionnelle et qu'ils recevaient des soins de diverses sortes dans les lieux où ils se trouvaient. Les patients qui correspondaient aux critères diagnostiques de la maladie schizophrénique ont été, ultérieurement, examinés avec des instruments standardisés et suivis pendant deux ans. Les principaux détails concernant cette étude figurent dans un article de Sartorius *et al.* (1986).

Le programme de recherche de l'OMS a permis d'obtenir un nombre important de données. Parmi celles-ci, certaines ont une importance majeure pour le thème présenté dans cette section du chapitre. Il s'agit, avant tout des données concernant l'incidence<sup>11</sup> de la schizophrénie dans huit zones où a pu être réalisée une couverture satisfaisante des ressources d'aide où avait lieu le premier contact (Sartorius *et al.*, 1986) : Aarhus, Chandigarh (zone rurale et urbaine), Dublin, Honolulu, Moscou, Nagasaki et Nottingham, zones situées dans sept pays (Danemark, Inde, Irlande, États-Unis, Union Soviétique, Japon et Royaume-Uni). Les incidences annuelles pour 10 000 habitants âgés de 15 à 54 ans ont été calculées en utilisant une définition diagnostique « large » et respectivement, une définition « restrictive » basée uniquement sur la présence d'un tableau clinique initial qui satisfaisait les critères de la classe CATEGO S<sup>+12</sup>.

Lorsqu'on utilise la définition « large », les incidences combinées hommes et femmes varient entre 1,5 (à Aarhus) et 4,2 (à Chandigarh – zone rurale). Les niveaux les plus élevés, pour l'ensemble des centres considérés, sont notés à Chandigarh (zone rurale) où l'incidence pour 10 000 personnes est de 3,7 (chez les hommes) et de 4,8 (chez les femmes). Les niveaux les plus bas sont constatés

à Aarhus et à Honolulu, pour les hommes (1,8) et à Aarhus, pour les femmes (1,2). Les différences entre zones sont statistiquement significatives.

Dans le cas de l'application de la définition restrictive, les niveaux de l'incidence combinée hommes et femmes sont plus bas et varient entre 0,7 à Aarhus et 1,4 à Nottingham. Pour les hommes, la fourchette des incidences est comprise entre 0,8 (Chandigarh – zone urbaine) et 1,7 (Nottingham). Dans le cas des femmes, cette fourchette va de 0,5 (Aarhus) à 1,4 (Moscou). Contrairement à ce qui avait été constaté dans le cas de la définition « large », les différences d'incidence des troubles qui correspondent aux critères de la classe CATEGO S + ne sont pas statistiquement significatives. Ces résultats tendent à montrer que la probabilité d'apparition du syndrome schizophrénique « central » dans différentes populations est approximativement égale, malgré les différences culturelles, socio-économiques, nutritionnelles, etc. qui existent entre ces populations. Loin d'être une maladie unique, la schizophrénie constituerait la « voie finale commune » pour une série de processus pathologiques et d'anomalies développementales. La similitude de son incidence dans différentes populations serait l'expression d'une tendance (ou disposition), distribuée plus ou moins uniformément dans toutes ces populations, à réagir selon le type de réaction « schizophrénique » à différents facteurs étiologiques.

Le programme de recherches de l'OMS a permis d'aboutir à une série d'autres constats très importants pour l'étude ethnopsychopathologique de la schizophrénie :

– Si la symptomatologie initiale des patients est similaire aussi bien dans chaque centre que lorsqu'on compare les différents centres, des modes d'évolution très différents deviennent manifestes deux et cinq ans après le premier examen. Dans ce cas, la différence entre les patients des pays en voie de développement et des pays développés est significative. La présence d'un seul épisode psychotique suivi d'une rémission complète est constatée chez 58 % des patients du Nigéria et chez 51 % des patients d'Inde. Les pourcentages vont, dans les autres centres, de 6 % au Danemark à 27 % à Taiwan. D'autre part, 50 % des patients du Danemark, 47 % de ceux des États-Unis et 30 % des patients provenant du Royaume-Uni et de la Tchécoslovaquie (comparativement à seulement 7 % au Nigéria et 20 % en Inde) présentent une maladie psychotique chronique sans rémission. On peut conclure que les patients des pays en voie de développement ont une évolution significativement meilleure que ceux des pays industrialisés.

– Le fait que la configuration ou le modèle schizophrénique de symptômes puisse être fidèlement identifié dans des milieux culturels très différents et que ce modèle corresponde à la description généralement acceptée du syndrome schizophrénique remet en question la position du « relativisme culturel » face à l’identification de la schizophrénie dans différentes populations. Les résultats obtenus ont aussi montré que les patients **aigus** de différents milieux culturels et de niveaux éducationnels difficilement comparables utilisent des phrases à peu près identiques pour exprimer leur état subjectif. La similarité de l’expérience subjective du noyau de symptômes schizophréniques est tout à fait frappante si l’on considère la diversité des normes, des croyances et des attitudes sociales, ainsi que l’existence d’une variété de techniques pour faire face au stress.

### 3. Questions posées par le diagnostic

#### 3.1. Le guérisseur et son patient : le processus diagnostique

Dans son essai intitulé « Le diagnostic en psychiatrie primitive : théorie générale du diagnostic », Devereux (1977)<sup>13</sup> constate l’extrême rareté des études sur les méthodes diagnostiques des guérisseurs. En témoigne, selon lui, le fait que le terme de « diagnostic » ne figure pas dans l’index de l’ouvrage de Laubschner (1937) sur la psychopathologie des Tembous ou que Yap (1952), dans son article sur le *latah*, n’étudie que le produit « achevé », sans présenter le processus qui conduit à l’étiquetage de l’individu qui présente ce trouble. Devereux (qui avait, déjà, abordé systématiquement ce problème dans une étude sur les Mohave, publiée en 1961<sup>14</sup>) reconstitue, dans son essai sur le diagnostic, le processus culturel par lequel un individu acquiert le statut de personne anormale, le processus par lequel est établie la présence d’une singularité. Ce processus implique trois étapes :

- a. la constatation de la présence d’une singularité que l’on attribue à soi-même ou à l’autre : « quelque chose (de non précisé) ne va pas en moi (en toi) »<sup>15</sup>;
- b. comme certaines singularités de comportement relèvent exclusivement du guérisseur, tandis que d’autres sont du ressort du chef de la tribu ou d’un équivalent quelconque du tribunal moderne, il faut aboutir à la conclusion que « quelque chose qui relève du **guérisseur** ne va pas en moi (en toi) ». Le fait

que la situation soit assignée au guérisseur (ou que celui-ci affirme que le problème relève de sa compétence) constitue, selon Devereux, une étape ou une procédure diagnostique ;

- c. le constat que la singularité affecte surtout ce qu'on peut appeler le soi-même du patient, le noyau même de sa personnalité : « quelque chose d'ordre **psychologique** qui relève du guérisseur ne va pas en moi (en toi) ». Le fait d'assigner le patient psychiatrique à la compétence du guérisseur plutôt qu'à celle du tribunal ou de l'église constitue une étape décisive du diagnostic et est directement reliée aux « modèles de pensée » qui ont cours dans la société à laquelle appartient le patient. Devereux souligne que ceci est essentiel à la compréhension du processus diagnostique de base puisque tout paraît dépendre des critères qui fondent le diagnostic. En d'autres mots, il faut préciser si on est devant une « déviation de la norme » (dans quel cas le diagnostic est posé en termes de **non-normal**) ou d'une « conformité à certaines normes marginales » et, dans ce cas, le diagnostic est posé en termes de oui-fou.

Pour Devereux, le diagnostic crucial (« cette singularité relève du guérisseur ») repose sur la conformité à une norme marginale. Un individu est considéré comme « fou » parce qu'il se comporte comme les fous sont censés se conduire. Les modèles conceptuels des désordres psychiques seraient connus aussi bien par les guérisseurs que par les personnes qui sont sur le point de devenir psychotiques et Devereux fait l'hypothèse que la connaissance de ces modèles influence de manière décisive les formations symptomatologiques du malade. Pour démontrer que les modèles conceptuels du désordre psychique diffusent et sont connus de toutes les couches de la société, Devereux avance deux arguments : (a) le fait que le patient soumet au guérisseur un autodiagnostic préfabriqué<sup>16</sup> ; (b) la difficulté, plus grande dans les sociétés traditionnelles, à déceler le phénomène de simulation, en raison de la quasi-identité des deux modèles conceptuels du désordre psychique : celui du profane et celui du guérisseur<sup>17</sup>.

### **3.2. Aspects liés à la variabilité du diagnostic**

Dans un contexte qui se caractérise par l'opposition, parfois très nette, entre les tendances émiques et étiques, le chercheur qui œuvre dans le champ de l'ethnopsychopathologie est amené à examiner plusieurs aspects qui ont trait à ce que l'on pourrait appeler la variabilité du diagnostic.

Un premier aspect, techniquement défini comme la fidélité du diagnostic, concerne la probabilité qu'il y ait accord entre les diagnostics de deux cliniciens. Cet accord peut être quantifié en calculant le score *kappa* qui varie de 0 à 1, cette dernière valeur indiquant un accord parfait. Très tôt après l'élaboration de cette méthode de calcul, les études transculturelles ont abouti à des scores *kappa* comparables à ceux obtenus dans les études intraculturelles (Westermeyer, 1985).

Une comparaison de l'accord quant aux diagnostics, réalisée en tenant compte de l'origine des patients et des cliniciens, a été faite par Leff (1974). Dans le cas de psychiatres provenant de pays industrialisés, les scores accord interévaluateurs étaient bons pour les patients de neuf pays industrialisés et, respectivement, faibles pour les patients provenant de quatre pays en voie de développement. Les psychiatres de pays en voie de développement, par contre, obtenaient de bons scores aussi bien pour des patients de pays en voie de développement que pour ceux de pays industrialisés. Ce résultat s'explique, fort probablement, par le fait que les psychiatres du second groupe, ayant bénéficié d'une formation dans des pays industrialisés, ont l'expérience des patients des deux types de société.

L'importance de la connaissance de l'environnement culturel des patients est mise aussi en évidence par Westermeyer et Zimmermann (1981) qui constatent que les scores *kappa* de cliniciens « naïfs » (c'est-à-dire qui ne sont pas familiers avec la culture à laquelle appartiennent les patients) sont beaucoup plus faibles que ceux des cliniciens « expérimentés », informés quant à l'environnement culturel des patients. Dans ce cas, les coefficients *kappa* concernaient l'accord entre le diagnostic du clinicien et le diagnostic populaire, traditionnel, local.

Un autre aspect de la variabilité des diagnostics est lié à la pathoplasticité culturelle des troubles psychopathologiques, notion qui fait référence à la possibilité que certains états psychopathologiques changent entièrement d'expression clinique (et, par conséquent, de catégorie diagnostique) d'une culture à l'autre. Cette possibilité est appuyée par plusieurs constats. Ainsi, dans les cultures où les toxicomanies sont fréquentes, les pourcentages des troubles de type névrotique sont faibles (Shore *et al.*, 1973). Ceci suggère que l'alcoolisme et les autres toxicomanies peuvent constituer une manifestation alternative des troubles névrotiques. De la même manière, Lesse (1979) indique que les syndromes définis, dans une culture, comme « psychosomatiques » ou comme « problèmes comportementaux » peuvent masquer ce qui est dénommé

« dépression » dans d'autres cultures. À un autre niveau, le problème de la pathoplasticité peut se poser par rapport aux variations, liées à la culture, des manifestations d'une même entité clinique. Cet aspect a été déjà abordé, notamment pour la dépression, dans la section de ce chapitre consacré aux études transculturelles entreprises par l'OMS.

Dans ce contexte, il est sans doute important de mentionner que si l'on tient compte des rapports élaborés au cours du dernier siècle, on constate que la psychopathologie se modifie avec le temps. Comme Prince (1968) le soulignait à propos du tableau clinique des syndromes dépressifs en Afrique, la cause des changements notés n'est pas claire et de nombreuses questions peuvent être formulées :

- s'agit-il d'une modification de notre façon de faire le diagnostic ?
- s'agit-il des effets d'autres facteurs comme l'augmentation du niveau d'éducation ou la diminution des croyances religieuses ?
- s'agit-il, encore, des modifications des fonctions de la psychiatrie, moins impliquée dans le contrôle social et plus orientée vers le traitement ?
- est-ce, enfin, parce que la dépression, comme certains autres troubles pour lesquels de plus en plus de moyens efficaces d'intervention existent, est actuellement plus fréquemment diagnostiquée ?

Les changements observés s'expliquent probablement par plusieurs, sinon tous les facteurs évoqués dans ces différentes questions. Comme le soulignait Pichot dans son allocution au symposium « Psychiatrie et culture » (Dakar, 1981), dans le monde actuel où l'on observe des phénomènes qui, pour ne pas être nouveaux, ont pris une ampleur nouvelle, par exemple, la civilisation industrielle, imposée aujourd'hui brutalement et rapidement aux pays en voie de développement, un constat s'impose : les rapports entre psychiatrie, et par conséquent psychopathologie, et culture ne restent pas statiques (Pichot, 1981). Ceci ne cessera, sans doute, pas de soulever de nouvelles questions au plan diagnostique.

### **3.3. L'équivalence des instruments d'évaluation diagnostique**

Il a été observé, depuis longtemps, que l'appartenance du sujet à un groupe ethnique différent influe sur ses résultats aux différents tests utilisés en clinique. C'est le cas, notamment, pour les instruments de type inventaire, comme le MMPI, Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota (Baughman &



Dahlstrom, 1972 ; Jones, 1978). On a constaté, par exemple, que des sujets appartenant à la minorité noire ou à d'autres groupes minoritaires vivant aux États-Unis tendent à obtenir des scores légèrement plus élevés à l'échelle schizophrénie (Sc) du MMPI. Cette tendance a, aussi, été notée chez des sujets provenant de différents pays, comme l'État d'Israël ou le Japon (Butcher & Pancheri, 1976). Ces quelques exemples, puisés dans l'abondante documentation disponible, révèlent les difficultés qu'engendre l'utilisation des instruments d'évaluation dans un contexte culturel différent de celui dans lequel ils ont été construits. Ce constat est à l'origine d'un important travail méthodologique concernant la sélection, l'adaptation et la validation des instruments utilisés pour l'évaluation, dans un même pays, de sujets provenant de groupes culturellement différents ou lors de l'évaluation de sujets de pays différents (Flaherty *et al.*, 1988). Les résultats de ce travail montrent que pour assurer l'utilisation correcte d'un instrument diagnostique dans un nouveau contexte culturel, il est indispensable de vérifier l'équivalence de cinq dimensions majeures.

**a. L'équivalence des contenus** dans la recherche interculturelle signifie que le contenu de chaque item de l'instrument est pertinent dans les cultures où l'on envisage son utilisation. Cette équivalence doit être vérifiée par une équipe de spécialistes de chaque culture, chercheurs dans le domaine social, de l'anthropologie, de la psychologie et de la psychiatrie. Ceux-ci évaluent chaque item et statuent s'il est pertinent, non pertinent ou de pertinence discutable pour chacune des cultures considérées. On reconsidère, dans tous les cas, l'inclusion des items évalués par un seul membre de l'équipe comme non pertinents ou, par deux ou plusieurs membres comme ayant une pertinence discutable. Lorsque la décision d'éliminer des items est adoptée, il devient nécessaire de vérifier la consistance interne et la fidélité de l'instrument ainsi modifié. Dans de telles conditions, il peut s'avérer nécessaire de chercher un autre instrument ou d'en créer un nouveau.

Un exemple d'application des principes découlant de l'équivalence des contenus est offert par le PPC (Projet Péruvien-Cangallo) mis sur pied pour étudier les effets psychopathologiques de la migration d'un village andin à Lima et pour déterminer l'impact de variables comme l'acculturation, l'appui social et l'intégration sociale. Dans ce cas, l'équipe constituée de spécialistes du contenu a décidé d'éliminer, parce que non pertinents pour la culture indienne (parlant quechua), tous les items destinés à mesurer les comportements antisociaux de la version espagnole du Schéma d'Interview Diagnostique (Diagnostic Interview

Schedule ou DIS ; Robins *et al.*, 1981). Les items respectifs consistaient en questions du type « Avez-vous eu, jusqu'à présent, au moins quatre contraventions pour excès de vitesse ou pour avoir brûlé un feu ? ». Des contenus de cette sorte sont, évidemment, inappropriés pour des personnes vivant en milieu rural andin, comme celles étudiées dans le PPC, qui n'ont jamais conduit une voiture.

Des items concernant le suicide ont aussi été éliminés de l'Interview de recherche épidémiologique psychiatrique (Psychiatric Epidemiology Research Interview ou PERI ; Dohrenwend *et al.*, 1980). Bien que le suicide passif (par exemple, par la privation de nourriture) apparaisse dans cette culture, l'équipe de spécialistes du contenu a considéré que dans la culture andine, les idées actives de suicide n'existent pas, ni même dans les états de dépression évidente.

**b. L'équivalence sémantique** fait référence au fait que la signification de chaque item reste la même après traduction de l'instrument de la langue dans laquelle il a été créé aux langues parlées dans d'autres cultures.

La solution actuelle pour assurer l'équivalence sémantique est la technique de la rétrotraduction (Brislin, 1970) qui implique plusieurs étapes. Pour commencer, une seule personne bilingue ou une petite équipe constituée de bilingues traduit l'instrument de la langue A dans la langue B. Ensuite, une autre personne ou une autre équipe bilingue retraduit l'instrument de la langue B en langue A. Enfin, un comité de spécialistes bilingues examine les deux versions de l'instrument (la version originale en langue A et la version traduite en A) et évalue chaque item sur une échelle de trois points où 3 = « exactement la même signification dans les deux versions » ; 2 = « à peu près la même signification dans les deux versions » et 1 – « signification différente dans chaque version ». Les items qui sont uniformément cotés « 1 » doivent probablement être exclus ; ceux qui reçoivent des cotes mixtes « 1 » et « 2 » devraient être reconsidérés. Dans beaucoup de cas, une reformulation est suffisante pour inclure les items en question dans la forme traduite de l'instrument. Dans chaque cas de reformulation, la technique de la rétrotraduction doit être utilisée pour décider de l'inclusion ou non de l'item respectif.

La traduction d'adjectifs ou termes décrivant des états émotionnels est particulièrement difficile. Un autre problème est la traduction dans un dialecte de la culture. Les traductions qui ne sont pas consonantes avec ce dialecte retiennent la signification correcte et peuvent même être correctement

rétrotraduites ; elles peuvent, cependant, affecter sérieusement la perception qu'a le sujet des interviewers et biaiser les réponses (Berkanovic, 1980). La rétrotraduction devient beaucoup plus complexe lorsque la recherche se déroule dans plus de deux cultures et, particulièrement, lorsque dans une des cultures, il n'y a pas de langage écrit.

**c. L'équivalence technique** concerne le fait que, d'une culture à l'autre, les résultats obtenus ne sont pas affectés par des aspects liés directement à la technique ou méthode d'évaluation utilisée. Ainsi, des méthodes ou techniques dont l'utilisation paraît tout à fait naturelle dans la culture occidentale peuvent s'avérer peu familières et d'utilisation très difficile dans d'autres cultures. C'est le cas, notamment, dans de nombreux pays en voie de développement, pour les instruments de type papier-crayon (Vernon & Roberts, 1981). De la même manière, le fait d'interviewer, en tant qu'homme, une femme, en privé, peut biaiser significativement le recueil des données. Le fait de poser des questions répétées et serrées, pratique habituelle dans beaucoup de questionnaires utilisés dans les pays occidentaux, peut être perçu comme coercitif dans d'autres pays.

Pour cette forme d'équivalence, aussi, un comité d'experts familiers avec les modes habituels d'interview des cultures envisagées doit statuer si la méthode de recueil des données est, pour chaque instrument et chacune de ses parties, en accord avec la culture où elle doit être appliquée. Si la conclusion est, par exemple, que certaines échelles d'un instrument ne sont pas pertinentes pour la culture où on envisage leur utilisation, elles devront être soit modifiées, soit exclues de l'étude.

Pour certains instruments, l'équivalence technique peut requérir l'étude de la validité concurrente. Ceci implique le recueil préliminaire, dans un petit échantillon de sujets, d'un ensemble complet de données à l'aide de deux méthodes différentes : la première, indigène à la culture, et la seconde, la méthode proposée, de culture étrangère. La comparaison des deux ensembles de données permettra de statuer quant à l'équivalence technique et au choix de la meilleure méthode.

L'évaluation de l'équivalence technique requiert aussi la prise en considération, le contrôle des tendances (comme, par exemple, le besoin d'approbation sociale) qui se manifestent habituellement dans les réponses données par les individus appartenant à différents groupes culturels.

**d. L'équivalence quant au critère** fait référence au fait que l'interprétation, par rapport à la norme, des valeurs de la variable mesurée avec un instrument reste la même pour chaque culture étudiée. Autrement dit, dans la recherche transculturelle, l'équivalence du critère fait référence à la capacité de l'instrument d'évaluer une variable dans les deux cultures étudiées et au fait que l'interprétation des résultats obtenus est la même dans les deux cultures.

Admettons qu'un instrument « X », élaboré dans la culture « A », différencie les personnes présentant un trait (ou diagnostic) de ceux qui n'ont pas le trait ou le diagnostic respectif. Idéalement, l'instrument devrait permettre d'obtenir les mêmes résultats dans la culture « B ». Il se peut, cependant, que l'examen des résultats obtenus dans cette deuxième culture montre que l'instrument permet de réaliser les mêmes discriminations que dans la culture « A », mais qu'un score-point de coupure différent (c'est-à-dire d'autres normes) soit nécessaire pour qu'il puisse être appliqué dans la culture « B ». Bird *et al.* (1986), par exemple, ont administré la version en langue espagnole du Mini-Mental State Examination (Karno *et al.*, 1983) à une population de Portoricains et ont trouvé que les scores-points de coupure pour déterminer le syndrome organique cérébral ont besoin d'être adaptés par rapport aux normes originales établies dans la population des États-Unis. Dans une autre recherche, Muñoz *et al.* (1978) étudient, pour la traduction du Questionnaire Général de Santé à 60 items de Goldberg (Goldberg, 1972), le pouvoir discriminant de chaque item de la version traduite en espagnol, afin d'établir l'équivalence critère des deux versions.

Il se peut aussi que les variantes de normes culturellement différentes ne constituent pas une solution. C'est le cas lorsque le phénomène étudié n'existe pas de manière similaire dans les cultures étudiées, au moins tel que mesuré par l'instrument utilisé. L'emploi de critères occidentaux pour l'évaluer serait, alors, non approprié.

**e. L'équivalence conceptuelle** signifie que l'instrument utilisé mesure le même construit théorique dans chaque culture. Comme l'indiquent Vernon et Roberts (1981), une évaluation directe de l'équivalence conceptuelle n'est pas habituellement possible en psychiatrie et d'autres techniques, moins directes, doivent suffire. Parmi celles-ci, se trouve l'examen des corrélations entre les items du questionnaire administré dans la population étudiée et l'analyse des relations, pour chaque population étudiée, entre les réponses obtenues à l'instrument utilisé et d'autres variables.

Un exemple d'évaluation de l'équivalence conceptuelle est offert par Baratta *et al.* (1985). La question qui se posait était l'équivalence conceptuelle, dans deux cultures, d'un instrument d'évaluation des événements de vie. Admettons que nous ayons un mode interculturellement valide de mesure des symptômes psychophysiologiques. Si, dans les deux cultures étudiées, les événements de vie stressants sont corrélés positivement avec les symptômes psychophysiologiques, alors l'instrument d'évaluation des événements de vie est équivalent du point de vue conceptuel dans les deux cultures étudiées.

Dans la recherche PPC, citée précédemment, se posait la question de l'équivalence conceptuelle de deux instruments : l'un mesurant l'appui social et l'autre, le découragement. Les recherches antérieures ont montré que l'appui social a une corrélation négative avec la dépression (Andrews *et al.*, 1978 ; Lin *et al.*, 1979) et le découragement (Flaherty *et al.*, 1986). Or, cette même relation a été trouvée chez les migrants indiens étudiés dans le cadre du projet PPC. Le fait que les variables en question aient la même relation dans la culture étudiée dans le PPC que dans la culture pour laquelle ils avaient été élaborés initialement a été considéré comme une preuve d'équivalence conceptuelle des mesures en question.

Les aspects très techniques présentés dans cette dernière section du chapitre indiquent une diversification importante des procédés utilisables dans la recherche et pratique ethnopsychopathologiques, notamment par l'introduction de stratégies quantitatives, analysées dans plusieurs publications de synthèse (Irvine & Carroll, 1980 ; Hui & Triandis, 1985 ; Flaherty *et al.*, 1988). Sans nier la diversité (culturellement déterminée) de l'expression clinique des troubles psychopathologiques, l'approche méthodologique décrite s'inscrit dans la perspective étique qui vise la formulation d'un diagnostic de plus en plus standardisé et mondialement utilisable.

### **Résumé**

L'ethnopsychopathologie étudie le rapport entre les troubles psychopathologiques et la culture d'origine du patient. Freud, les représentants de l'école culturaliste et néo-freudienne américaine, de même que Devereux, ont apporté des contributions majeures à son développement.

Deux grandes perspectives s'affrontent actuellement en ethnopsychopathologie. La première, dénommée **émique**, souligne ce qui est spécifique à une culture et peut être illustrée, notamment, par les syndromes « culturellement spécifiques » ou « liés à la culture » qui n'apparaissent que dans certaines communautés culturelles. Parmi ces syndromes, on peut citer le *latah*, le *koro* ou *l'amok*.

La seconde perspective, appelée **étique**, privilégie l'universalité des troubles, l'existence d'invariants cliniques. Les programmes de recherche de l'Organisation mondiale de la santé portant sur les troubles dépressifs et la schizophrénie apportent des arguments en faveur de cette position. Pour la schizophrénie, par exemple, les résultats obtenus montrent que la probabilité d'apparition du syndrome schizophrénique « central » dans différentes populations est approximativement égale, malgré les différences culturelles ou socio-économiques qui existent entre ces populations. On constate, en même temps, que si la symptomatologie initiale est similaire, l'évolution des troubles est plus favorable dans les pays en voie de développement.

Une des tendances actuelles en ethnopsychopathologie – la diversification des méthodes d'évaluation diagnostique et l'introduction des stratégies quantitatives – mérite une attention particulière. Dans ce cadre, il faut souligner que pour assurer l'utilisation correcte d'un instrument diagnostique dans un nouveau contexte culturel, il est indispensable de vérifier l'équivalence de cinq dimensions majeures – l'équivalence des contenus, sémantique, technique, du critère et conceptuelle.

1. Georges Devereux (1908-1985) fut l'élève de Marcel Mauss. Diplômé de l'Institut d'ethnologie de Paris, il fait de nombreuses recherches sur le terrain. Il étudie, entre autres, les Indiens Mohave (en Californie) et les tribus Sedang Moï (au Vietnam). Il obtient, aux États-Unis, un doctorat en philosophie, un diplôme de psychanalyste et de psychologue, et il enseigne à Harvard. Il revient à Paris, où il occupe un poste de directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales. Ses principaux ouvrages sont : *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (1970), *Ethnopsychanalyse complémentariste* (1972), *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* (1982). Devereux crée le complémentarisme qui, avec le structuralisme, constituent les deux cadres théoriques de l'ethnopsychiatrie moderne (Nathan, 1986). Devereux montre que certains faits bruts relèvent de deux discours (ethnologique et psychologique) qui, non simultanés, sont complémentaires.
2. Prince et Tcheng-Laroche (1987) proposent que le terme de syndrome lié à la culture soit utilisé pour tous les syndromes – incluant éventuellement certaines affections physiques – qui sont limités à un nombre restreint de cultures, « principalement en raison de leurs traits psychosociaux ». Dans un commentaire portant sur l'article de Prince et Tcheng-Laroche, Simons (1987) remarque que le terme, encore utilisé, de « maladie traditionnelle » (*folk illness*) couvre le même ensemble d'entités que le terme de « syndrome lié à la culture ». Simons propose que ce dernier soit retenu pour désigner, comme Yap (1969) l'avait fait, les entités psychiatriques. Cette proposition signifie que le terme général serait celui de « maladie traditionnelle », qui inclurait les syndromes liés à la culture, sans se limiter à ceux-ci.
3. Du mot malais *amok* qui signifie « s'engager furieusement dans le combat ».
4. Landy (1985) fait l'hypothèse que cette entité résulterait, en partie, d'une hypervitaminose A.
5. Les anthropophobies sont rapprochées par Ellenberger et Murphy (1978) des phobies sociales de Janet et des névroses de contact des auteurs allemands.
6. Il s'agit de ce que les auteurs allemands appellent *Blickphobie*.
7. Dans le cas du *windigo*, par exemple, Murphy (1978) note que s'il y a, souvent, une base dépressive, la clé du problème est le conflit réel auquel beaucoup d'Indiens du Nord canadien ont eu à faire face : manger ou ne pas manger de la chair humaine lorsqu'ils se trouvaient isolés en raison du climat, dans le désert arctique, en train de mourir de faim. Plus loin, Murphy nous donne, à propos de l'*amok*, un exemple de changement des conditions culturelles en relation avec un syndrome. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, l'*amok* était propagé par des légendes qui décrivaient les personnes atteintes de cet état réactionnel comme des héros. Dans les cas plus récents, la cause principale paraît être « une combinaison particulière de narcissisme et de défense répressive du Moi, que chacune de ces cultures encourage ». Un dernier exemple concerne « la folie du nettoyage » pour laquelle Ellenberger et Murphy (1978) nous indiquent les facteurs culturels qui sont à l'œuvre : « Il ressort d'entretiens avec ces femmes que leur conception du devoir s'identifie avec celle d'un travail pénible et interminable, même improductif. Pour peu qu'elles doivent arrêter le travail, fût-ce pour cause de maladie, elles souffrent d'un sentiment intense de culpabilité. Elles sont toujours prêtes à accuser de légèreté les personnes qui n'ont pas la même notion du travail. Dans leur esprit, plus un travail est désagréable et fatigant, plus il est méritoire. Pour cette raison, traiter une névrose de nettoyage en Suisse allemande est très difficile, car le psychiatre n'a pas seulement contre lui la résistance de la malade, mais aussi le poids entier de la tradition et des valeurs culturelles. »
8. Un exemple, concernant la « tristesse, l'humeur dépressive », repris du glossaire accompagnant le PETD/OMS, permettra d'illustrer la définition des symptômes et des signes, les questions exploratoires recommandées et les exemples de réponse caractéristiques. Définition : « État affectif déplaisant, caractérisé par de l'abattement, des sentiments de tristesse ou de détresse. Il ne faut pas noter la présence du symptôme de tristesse ou d'humeur dépressive lorsque celui-ci est de très courte durée, et qu'il ne se manifeste, par exemple, que durant quelques heures ».

**Questions exploratoires recommandées :** (1) « Comment vous sentez-vous depuis quelque temps ? » ; (2) « Vous sentez-vous triste, abattu ou malheureux ? » ; (3) « Vous est-il arrivé de vous sentir triste sans savoir exactement pourquoi ? » ; (4) « Avez-vous eu envie de pleurer, ou avez-vous eu l'impression que tout, autour de vous, était sombre et noir ? ».

**Exemples de réponses caractéristiques.** « Bien qu'il puisse y avoir certaines variations dans le contenu des réponses, d'une culture à l'autre et au sein d'un même contexte culturel, les dépressifs donnent

généralement une description sensiblement analogue de leur état d'humeur. La variation culturelle s'observe surtout au niveau de la fréquence d'utilisation de métaphores ou d'images pour exprimer les sentiments dépressifs ressentis – ainsi, le malade peut indiquer qu'il a le cœur "lourd", "sombre", "dans un étou", "qui défaille", ou encore qu'il a l'impression d'avoir une "pierre sur le cœur", ou "un nuage sombre au-dessus de sa tête". L'emploi de ce type de métaphores semble plus fréquent dans les cultures non européennes (au Japon et en Iran, par exemple). Dans certaines cultures, des aspects particuliers de la tristesse et de l'humeur dépressive sont accentués – se sentir solitaire ou s'apitoyer sur son sort (Japon), avoir envie de pleurer (Canada), ou n'avoir plus de goût à rien (Suisse) ».

9. Dans cette classification, le groupe de la « dépression endogène » comprend la dépression périodique (monopolaire), la dépression d'involution (tardive), la dépression à forme circulaire (maniaco-dépressive, bipolaire). Par contre, la dépression d'épuisement, la dépression névrotique et la dépression réactionnelle constituent le groupe de la « dépression psychogène ». Enfin, les « autres formes de dépression » regroupent les troubles dépressifs schizo-affectifs, les autres formes de troubles dépressifs et les troubles dépressifs non classés.

Pour classer les malades dans l'un des deux grands groupes diagnostiques (dépressions endogènes et psychogènes), il semble que les psychiatres se soient basés sur les différences observées au niveau de l'anamnèse.

L'analyse discriminante a mis en évidence un fait qui pourrait être interprété comme une preuve de la validité conceptuelle de la distinction phénoménologique entre dépressions endogènes et dépressions psychogènes. Il s'agit de la possibilité d'établir la distinction entre maladies dépressives endogènes et troubles dépressifs psychogènes d'après les scores moyens relatifs aux Facteurs 1 (adynamie/ralentissement) et 3 (personnalité anormale) avec des taux de classement erroné allant, dans les différents centres de 21,9 % à 34 % (moyenne de 28,3 %).

10. Les membres de l'équipe ont identifié et contacté tous les services et les agences qui pouvaient représenter des terrains possibles de contact pour les sujets potentiels de l'étude. Ces terrains appartenaient à plusieurs catégories majeures allant des ressources psychiatriques locales aux ressources non spécialisées ou alternatives qui, dans certaines zones, incluaient des guérisseurs traditionnels ou religieux. Les patients retenus avaient eu un premier contact avec ces ressources au cours de la période des deux dernières années.

11. Le terme d'**incidence** fait référence au nombre de cas de maladies qui ont commencé ou de personnes qui sont tombées malades pendant une période donnée, dans une population. Le terme de **prévalence** indique le nombre de cas ou de malades dans une population donnée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens.

12. Simulation du processus diagnostique, le programme CATEGO (OMS, 1974 ; Wing *et al.*, 1974) imite simplement ce que doit faire le clinicien. En appliquant les 10 étapes du programme CATEGO aux données de l'Examen de l'État Actuel, on obtient une classification diagnostique de référence simulée par ordinateur et que l'on peut comparer avec celle du psychiatre clinicien. Les principales classes du CATEGO sont désignées par des lettres dont la plupart sont affectées d'un indice de certitude (+ ou ?). Les principaux symptômes de la classe S + (psychoses schizophréniques) sont : (1) intrusion dans la pensée, écho de la pensée ou vol de la pensée ; (2) délires de contrôle ; (3) voix parlant du malade à la troisième personne ou commentant ses pensées ou ses actions ; (4) autres hallucinations auditives (non basées sur l'affectivité) ; (5) autres délires. Si l'un des symptômes (1), (2), ou (3) est présent, le malade est automatiquement placé dans la classe S + ; de même si les deux symptômes (4) et (5) sont présents.

13. Paru d'abord en 1963, ce texte de Devereux est reproduit dans les *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, dont il constitue le XIII<sup>e</sup> chapitre.

14. Dans la bibliographie des *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Devereux indique qu'il faut consulter la 2<sup>e</sup> édition, revue et augmentée, de ce document, datée 1969.

15. Comme on peut le constater, il s'agit d'une reconnaissance subjective (« quelque chose ne va pas en moi ») ou objective (« quelque chose ne va pas en toi »). Du point de vue du diagnostic, il est très important d'établir si le patient sait que quelque chose, en lui, ne va pas ou s'il lui faut l'apprendre d'un autre. Devereux rappelle que la méthode classique de différenciation entre névrosé et psychotique impliquait



justement d'établir l'absence ou la présence de cette prise de conscience chez le patient.

16. L'autodiagnostic implique que le patient reconnaisse que quelque chose de central, de nucléaire, est radicalement atteint chez lui. Cette prise de conscience a un caractère douloureux.

17. Dans la société occidentale, où le simulateur se trahit fréquemment en raison de la fausseté de ses symptômes, l'image du fou « telle que la conçoit le profane » ne correspond pas à la définition du psychotique donnée dans les manuels de psychiatrie.

# **Chapitre 8**

## **Psychopathologie éthologique**

### **Sommaire**

- 1. Contributions méthodologiques**
- 2. Un exemple clinique : l'énurésie**

Créé en 1859 par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, le terme « éthologie » fut réinventé, en 1931, par Konrad Lorenz (Provost, 1985). Définie, par Tinbergen (1951), comme « l'étude biologique du comportement », l'éthologie est conçue actuellement, par la majorité des chercheurs, comme l'étude des comportements des espèces animales dans leur milieu naturel.

Si à l'origine, l'étude éthologique concernait exclusivement les animaux, elle s'étend par la suite aux humains et l'ouverture édiologique à des disciplines constituées antérieurement donne l'étho-psychologie, l'étho-psychanalyse, l'étho-pédiatrie, l'étho-neurologie, l'étho-ethnologie, l'étho-linguistique, l'étho-urbanisme, etc. (Cyrulnik, 1987). Cette énumération témoigne du grand succès de l'éthologie<sup>1</sup>.

L'apparition d'une approche éthologique de la psychopathologie – ou de la psychiatrie, car certaines recherches concernent les interventions thérapeutiques – est liée, en bonne mesure, à l'élaboration de la théorie de l'attachement<sup>2</sup>. Issue des travaux de Harry F. Harlow (éthologiste américain spécialisé dans l'étude des jeunes rhésus) et de John Bowlby, psychanalyste anglais connu pour ses recherches sur la carence des soins maternels (Harlow, 1958 ; Bowlby, 1958, 1969, 1973), la théorie de l'attachement montre que certains modèles de comportement animal sont valables pour la prime enfance de l'homme : (a) l'enfant humain s'attache à sa mère et à son entourage par des mécanismes analogues ou semblables à ceux que l'on connaît chez l'animal ; (b) la rupture des liens, la carence des soins maternels provoquent chez l'animal des troubles semblables ou analogues à ceux que l'on connaît chez l'enfant humain. L'attachement est, comme le souligne Zazzo (1974), un système de réactions qui n'est pas appris ; le besoin d'attachement est un besoin primaire<sup>3</sup> qui, pour se réaliser, disposerait de mécanismes innés. Son statut est aussi fondamental que le comportement alimentaire avec sa fonction de nutrition et le comportement sexuel avec sa fonction de reproduction. Bowlby (1974) écrit que la fonction biologique du comportement d'attachement est une fonction de protection.

Les résultats des recherches réalisées au cours des vingt-cinq dernières années ont enrichi considérablement nos connaissances concernant l'attachement, direction de recherche à laquelle sont venues s'ajouter d'autres directions comme, par exemple, l'étude éthologique de l'autisme infantile, de la schizophrénie, de la dépression ou du retard mental. Ainsi, s'est constitué et s'est développé, progressivement, le domaine de la psychopathologie éthologique.

Cette évolution est illustrée par l'apparition, au cours des années soixante-dix, de plusieurs ouvrages de base, élaborés par Hutt et Hutt (1970), White (1974), Kranz et Heinrich (1975), McGuire et Fairbanks (1977a), Corson *et al.* (1980). La littérature de langue française s'enrichit, elle aussi, grâce à des contributions comme les articles de Schäppi (1979) et Bracinha-Vieira (1982) ou l'article de Cyrulnik (1987) qui introduit l'« éthologie humaine et clinique » dans les volumes de psychiatrie de l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Enfin, deux volumes constituent des contributions majeures au champ de la psychopathologie éthologique : *Éthologie et psychiatrie* (Demaret, 1979) et *Modèle éthologique et criminologie* (Debuyst, 1985)<sup>4</sup>.

Face à tous ces développements, une question se pose : qu'apporte l'éthologie à la compréhension des troubles psychopathologiques ? Pour McGuire et Fairbanks (1977b), cette contribution concerne trois aspects principaux :

- a. l'orientation philosophique selon laquelle les humains font partie du règne animal et le fait que de nombreux rapprochements peuvent être faits entre les comportements humains et animaux ont des implications potentielles significatives pour l'étude des phénomènes psychopathologiques ;
- b. une contribution méthodologique qui consiste en l'utilisation des méthodes d'observation éthologiques<sup>5</sup> pour la constitution d'une base de données sur les comportements humains pathologiques, contribution qui conduirait aussi à l'étude de ces comportements en dehors du bureau du thérapeute ou de l'hôpital psychiatrique. L'attitude éthologique, dont l'importance fut soulignée par White (1974), consiste à observer et à décrire les comportements du sujet avant de prendre en considération les diverses pathologies existantes et avant de passer, éventuellement, à l'expérimentation ;
- c. les données déjà disponibles concernant les systèmes animaux relativement simples et les données issues de l'expérimentation sur des primates non humains constituent une contribution, en termes d'informations, qui permet de mieux comprendre le comportement humain. Évidemment, comme le souligne Cosnier (1977), on ne peut transposer ce qui est propre à une espèce, à une autre, sans la plus grande prudence.

En plus des apports notés par McGuire et Fairbanks, il nous paraît important de souligner la valeur heuristique de la perspective éthologique, aspect que mentionne Sivadon (1979) dans sa Préface à l'ouvrage de Demaret. L'approche éthologique permet, en effet, de formuler de nombreuses hypothèses sur

l'origine des différents troubles psychopathologiques. À ce sujet, deux directions de réflexion sont à signaler.

- L'existence d'analogies entre les comportements notés chez les malades mentaux et des comportements adaptatifs présents chez différentes espèces animales, analogies signalées dans de nombreuses publications, amène Demaret (1979) à envisager des modèles éthologiques pour des troubles aussi divers que l'onychophagie, la trichotillomanie, l'agoraphobie, l'hystérie, l'anorexie mentale, la catatonie ou la psychose maniaco-dépressive. Cet auteur cite, par exemple, Gallup et Maser (1977) qui ont relevé un nombre important de caractéristiques communes à la catatonie humaine et aux réactions d'immobilisation chez les animaux menacés ou capturés par un prédateur.
- L'étude comparée du cerveau humain et de ceux des animaux amène MacLean (1973 ; 1974) à la conclusion que le cerveau des primates et de l'homme est constitué de trois formations (les cerveaux reptilien, paléomammifère et mammifère) qui intégrés, constituent le cerveau triunique<sup>6</sup>. Des déficits d'intégration, apparaissant dans des conditions pathologiques, pourraient conduire à la « libération » de comportements « primitifs », programmés dans les cerveaux archaïques. Dans ces conditions, les troubles psychiatriques constitueraient des « radicaux biologiques » (Bilz, 1971) et nous révéleraient, selon l'expression de Demaret (1979), des « structures fossiles de comportement », enfouies dans les cerveaux reptilien et paléomammifère.

Ce chapitre ne peut, sans doute, faire le bilan de toutes les données disponibles dans le champ de la psychopathologie éthologique. Il abordera, cependant, deux thèmes majeurs. La première partie du chapitre sera consacrée aux apports méthodologiques. Dans la seconde partie, un exemple clinique, celui de l'énurésie, permettra d'illustrer la genèse des hypothèses éthologiques en psychopathologie et la façon dont celles-ci sont testées.

## 1. Contributions méthodologiques

Dans un article qui reproduit, avec quelques corrections et ajouts mineurs, la conférence qu'il a donnée le 12 décembre 1973, à Stockholm, lorsqu'il reçut le Prix Nobel de physiologie et de médecine, Tinbergen (1974) montre comment la vieille méthode « observer et s'interroger »<sup>7</sup> (*watching and wondering*) nous permet, notamment, de mieux comprendre l'autisme infantile précoce. Cette démarche amène Tinbergen à établir un parallèle entre, d'une part, les

comportements de type autistique et l'élimination de ceux-ci et, d'autre part, ce qu'on peut observer lorsque nous visitons ou recevons la visite, pour la première fois, d'une famille qui a un jeune enfant.

Tinbergen décrit avec minutie toutes les étapes que traverse l'enfant dans ses interactions avec l'adulte-inconnu, étapes qui vont du détournement du regard, de l'absence de contact visuel, à l'installation d'une relation de proximité impliquant de nombreux échanges. Sur cette base, Tinbergen reconsidère les faits disponibles concernant les enfants « autistiques de façon permanente ». Il pense que la majorité des autistes, de même que leurs parents, sont les victimes d'un stress environnemental. Celui-ci engendrerait, chez la plupart des enfants qui deviendront autistes, un trouble émotionnel, une forme de névrose anxieuse qui empêcherait ou retarderait, chez ces sujets, l'apparition des comportements d'affiliation et leur socialisation, ce qui, à son tour, aurait des conséquences sur le développement du langage, de l'exploration, de la lecture et de différents autres apprentissages.

Le texte de Tinbergen constitue un bel exemple d'application de l'approche éthologique à un problème psychopathologique. Il montre que ce type d'approche permet d'établir des ressemblances entre les comportements pathologiques et les comportements normaux à un âge donné et/ou dans certaines circonstances. Il montre aussi comment l'approche éthologique conduit à des hypothèses étiologiques qui sous-tendent la mise en œuvre de démarches thérapeutiques visant, dans le cas de l'autisme, à la réduction de l'anxiété et au redémarrage d'une socialisation adéquate.

Mais, en premier lieu, l'article de Tinbergen révèle l'apport méthodologique de l'éthologie<sup>8</sup>. Il montre, en effet, qu'une part importante de la contribution des éthologistes à la compréhension des manifestations psychopathologiques est constituée par la description, grâce à l'observation, des schèmes comportementaux. Pour un éthologiste, cette phase descriptive est le préalable obligatoire à toute démarche concernant la formulation d'hypothèses quant à la causalité des faits pathologiques ou à l'intervention.

Au plan méthodologique, la recherche basée sur une approche éthologique comporte trois phases : descriptive, exploratoire et évaluative (Strayer & Gauthier, 1985).

La **phase descriptive** se divise en trois étapes successives et vise à la connaissance, aussi complète que possible, du répertoire comportemental des

sujets étudiés, c'est-à-dire à l'élaboration de l'éthogramme de ceux-ci.

- La première étape, celle de l'**observation naïve**, implique une observation informelle qui permet au chercheur d'identifier et, ensuite, de décrire le comportement des sujets à étudier, de même que le milieu physique dans lequel a lieu l'observation.
- Au cours de la deuxième étape, le chercheur élabore une **liste des comportements relevés**, chacun étant minutieusement décrit avec le souci de s'assurer que la description sera valide d'un milieu à l'autre.
- La troisième étape est consacrée au **regroupement des comportements** de la liste en catégories ou classes de schèmes comportementaux. Le produit final de la phase descriptive est, par conséquent, un système descriptif cohérent du répertoire comportemental des sujets à étudier.

La **phase exploratoire** est consacrée à l'examen préliminaire des effets différentiels que certains facteurs sélectionnés (facteurs organiques ou environnementaux) peuvent avoir sur les comportements identifiés, décrits et classés durant la phase descriptive. Pour cela, le chercheur doit effectuer une série de tâches : (a) formuler des questions de recherche précises ; (b) sélectionner le sous-ensemble d'éléments comportementaux de la liste descriptive qui est pertinent pour les questions de recherche retenues et qui sera utilisé, plus tard, dans le cadre de la phase évaluative de la recherche ; (c) réaliser une observation *ad lib*<sup>9</sup> centrée sur le sous-ensemble sélectionné ; (d) choisir le type d'enregistrement adéquat, en sachant qu'il est possible de mesurer la fréquence d'émission des comportements, la durée de ceux-ci et la séquence comportementale (c'est-à-dire, l'organisation comportementale exprimée en termes de probabilités de transition d'un élément comportemental à un autre).

Les techniques d'enregistrement proprement dites peuvent être regroupées en deux grandes catégories (Gauthier, 1985). La première est celle des **techniques polyvalentes** utilisables dans toutes les phases, descriptive, exploratoire et évaluative, d'une recherche observationnelle :

- le relevé de type papier-crayon des principaux événements d'une séance d'observation ;
- l'enregistrement sur magnétophone des informations que l'observateur recueille et dicte (l'enregistrement peut être continu ou peut porter uniquement sur les événements significatifs et sur

certaines repères temporels, l'appareil cessant de fonctionner dès que l'observateur a fini de dicter) ;

- l'enregistrement cinématographique ou vidéoscopique qui permet de conserver les données d'observation sur un médium accessible de manière répétitive.

La seconde catégorie est constituée de quatre **techniques évaluatives fixes**, dont l'application est plus spécifique à la phase évaluative :

- la grille d'encodage manuscrite, où les colonnes correspondent aux intervalles temporels d'observation qui ont des durées égales et sont distribués de manière aléatoire et où les lignes correspondent aux divers comportements observés ;
- l'utilisation d'un clavier (où chaque touche correspond à un comportement différent) relié à des compteurs (pour la mesure de la fréquence) et à des chronomètres (pour le calcul de la durée) ;
- l'utilisation d'enregistreurs automatiques d'événements, impliquant la manipulation des touches d'un clavier qui, de manière analogique ou digitale, influencent le tracé d'un nombre donné de plumes sur un médium d'enregistrement ;
- l'emploi d'un encodeur centré sur un microprocesseur.

Troisième et dernière phase d'une recherche de type éthologique, la **phase évaluative** permet de vérifier la généralité des relations examinées, de manière informelle, au cours de la phase exploratoire. L'évaluation systématique réalisée durant cette phase peut être de deux types :

- l'évaluation normative qui permet de décrire des normes comportementales spécifiques à diverses populations ;
- l'évaluation qui permet d'étudier, pour une population donnée, les différences comportementales attribuables aux différents facteurs organiques ou environnementaux étudiés. Ce deuxième type d'évaluation correspond davantage aux plans expérimentaux et quasi expérimentaux de recherche<sup>10</sup>.

Dans la pratique, les trois phases présentées, descriptive, exploratoire et évaluative, ne se succèdent pas obligatoirement. Certaines recherches, par exemple, ne dépassent pas la phase descriptive ; dans d'autres, la phase descriptive est suivie, immédiatement, par la phase évaluative. Cette dernière



situation peut être illustrée par une recherche sur les comportements stéréotypés présentés par des jeunes enfants aveugles, d'âge préscolaire, dans un groupe de pairs (Dumont & Markovits, 1985). Apparaissant avec une fréquence relativement élevée chez des enfants normaux âgés de moins d'un an, les comportements stéréotypés constituent un problème important pour les enfants aveugles. Ils contribuent, en effet, à l'isolement social de ces enfants (Goupil, 1981) et leur présence retarde l'émergence d'autres comportements, en particulier celle des comportements exploratoires (Fraiberg & Freeman, 1964). L'élimination des comportements stéréotypés est considérée par Risley (1968) comme un préalable nécessaire à l'apprentissage de nouveaux comportements.

Dans leur recherche, Dumont et Markovits (1985) ont étudié six filles ayant un âge moyen de 49 mois. Leur cécité avait différentes causes : anophtalmie, tumeur du cerveau, atrophie optique, amaurose congénitale, cécité d'origine corticale. Ces filles n'avaient jamais été dans un groupe d'enfants et Dumont et Markovits ont étudié, justement, leurs gestes stéréotypés lors d'une première expérience dans un groupe de pairs, dans des contextes d'activités structurées et de jeux libres.

Lors d'une première phase descriptive-analytique de la recherche, une période de deux heures d'observation naïve de l'ensemble du groupe, dans un contexte de jeux libres, a permis d'identifier 18 gestes stéréotypés. Ce répertoire de comportements, composé à la fois de gestes orientés vers des objets ou par rapport au corps, a été regroupé en six catégories, constituées à partir des parties corporelles les plus impliquées dans chaque geste (visage, tête, mains, tronc, jambes, pieds).

La phase évaluative a duré quatre semaines. En utilisant l'échantillonnage par observation focalisée sur un sujet, les auteurs ont obtenu, pour chaque enfant, un total de 90 minutes d'enregistrement (soit 18 échantillons de 5 minutes chacun) : 50 minutes en activités structurées et 40 minutes en jeux libres. Sur l'ensemble des 1 006 gestes stéréotypés dénombrés au cours des 9 heures d'observation directe, 87 % sont des gestes corporels et 13 %, seulement, des gestes stéréotypés liés aux objets. Environ 86 % des gestes stéréotypés appartiennent à trois des catégories mentionnées précédemment (main, tête, visage). Dumont et Markovits constatent que 59 % des gestes dénombrés correspondent à l'émission de quatre gestes spécifiques : balayage-tête, secoue-main, enfonce-œil et berce-corps<sup>11</sup>. Enfin, la fréquence relative moyenne par enfant est de 112 gestes/heure et la durée moyenne des gestes est de 9,24 secondes.

Deux autres résultats permettent d'amorcer une discussion concernant la signification des gestes stéréotypés. Il s'agit premièrement du fait que, pour l'ensemble du groupe, la fréquence moyenne des gestes est plus grande dans le contexte des activités structurées : 122 gestes/heure, comparativement à 106 gestes/heure pour les jeux libres. Lorsqu'on effectue cette comparaison pour chaque enfant, la prédominance des gestes stéréotypés lors des activités structurées est rencontrée chez 4 des 6 enfants étudiées. Une fréquence plus grande lors d'activités structurées tendrait à confirmer l'hypothèse que les comportements stéréotypés constituent une forme d'activité de déplacement ou d'activité substitutive. Ces activités apparaissent lors de situations qui deviennent intolérables et où le sujet ne peut se décharger de ses tensions, dans des situations de conflit entre deux tendances antagonistes, dans des situations de confusion ou lorsque le sujet vit l'interruption prématurée d'une activité en voie de réalisation (Tinbergen, 1952)<sup>12</sup>. Il est possible que les activités structurées proposées aux six filles les mettent dans une situation susceptible de déclencher l'émission de gestes stéréotypés en tant qu'activités de déplacement ou substitutives. Ceci confirme les résultats de Kaufman et Levitt (1965), qui notaient que la production de gestes stéréotypés est liée à une trop grande accumulation de pressions sur l'organisme, ainsi que ceux de Smith *et al.* (1969), qui constataient que la fréquence de gestes stéréotypés augmente lorsqu'il y a des demandes excessives de la part de l'environnement.

Cette interprétation des gestes stéréotypés comme activités de déplacement est cependant remise en question par un autre résultat de la recherche de Dumont et Markovits. L'analyse des données en fonction de la durée de l'expérience indique que la moyenne augmente de 84 gestes/enfant/heure au cours de la première semaine, à 133 gestes/enfant/heure, au cours de la quatrième semaine. Conformément à l'hypothèse que les comportements stéréotypés constituent des activités de déplacement, les auteurs s'attendaient plutôt à une augmentation initiale de la fréquence d'apparition des gestes stéréotypés qui serait en relation avec le stress engendré par la nouveauté d'une expérience de vie en groupe. Or, dans la recherche décrite ici, la principale augmentation apparaît, seulement, au cours de la deuxième semaine<sup>13</sup>. Dans cette situation, Dumont et Markovits pensent qu'il est essentiel de vérifier, dans des contextes beaucoup plus variés, l'hypothèse que les comportements stéréotypés constituent des activités de déplacement.

## 2. Un exemple clinique : l'énurésie

La formulation la plus élaborée d'une hypothèse éthologique concernant l'énurésie nous est offerte par Bourguignon et Guillon (1977). Pour ces auteurs, l'énurésie serait la résultante de l'action conjointe de trois variables : (a) une prédisposition héréditaire facilitant la dérépression pathologique d'un comportement inné ayant une analogie (sans homologie) avec le marquage du territoire ; (b) la régression du Moi lors du stade IV du sommeil ; (c) le conflit psychique en rapport avec une remise en question de l'espace personnel du sujet.

Le constat, déjà ancien (Frary, 1935), que l'énurésie est retrouvée plus fréquemment chez les parents et dans la fratrie des patients énurétiques a été confirmé, ultérieurement, par différents chercheurs. Doleys (1989) note qu'environ 75 % des personnes ayant des liens de parenté de premier degré avec des énurétiques ont été, elles aussi, énurétiques. En même temps, l'existence d'une prédisposition héréditaire est appuyée par les résultats de Bakwin (1971, 1973) qui montrent que la concordance, pour l'énurésie, chez les jumeaux, est importante. Dans le cas des monozygotes, le taux de concordance est presque deux fois plus élevé que celui noté chez des dizygotes (68 %, par rapport à 36 %). Il n'y a, actuellement, aucune étude portant sur des jumeaux élevés séparément (Riddle & Cho, 1989).

Si toutes les données présentées plaident en faveur de l'existence d'une composante génétique dans l'apparition de l'énurésie, il n'est, actuellement, pas possible de préciser le mode de transmission ou les mécanismes génétiques spécifiques, sous-jacents à l'énurésie fonctionnelle (Riddle & Cho, 1989).

Pour Bourguignon et Guillon (1977), l'énurésie nocturne ferait partie d'une catégorie particulière de comportements innés, ceux normalement inhibés, réprimés par des facteurs biologiques ou culturels et qui peuvent se manifester dans certaines circonstances exceptionnelles. Il s'agirait, plus précisément, d'un comportement ayant une analogie (mais étant, comme nous l'avons déjà mentionné, sans homologie) avec le comportement de marquage du territoire avec l'urine, comportement présent chez un grand nombre de mammifères (rats, souris, chiens, loups, galagos, félins, singes inférieurs). La composante génétique discutée dans les paragraphes précédents serait responsable de la transmission, chez l'enfant, d'une prédisposition à la dérépression pathologique de ce comportement.

L'hypothèse éthologique de Bourguignon et Guillon fait état d'une deuxième variable dont l'action contribuerait à l'apparition de l'énurésie : la régression du Moi lors du stade IV du sommeil. Cette assertion est basée sur plusieurs travaux qui indiquent que l'émission involontaire d'urine se produit pendant le sommeil profond à ondes lentes. Les auteurs de l'une de ces recherches, Gastaut et Broughton (1963) décrivent ainsi l'« épisode énurétique » : d'une durée de cinq minutes, il débute lors d'une phase de sommeil lent et profond (stade IV) et compte un « allègement » du tracé de sommeil (retour à un stade II ou I et même à un tracé de veille, le sujet présentant tous les signes cliniques du sommeil).

Dans leur discussion de cet aspect, Bourguignon et Guillon opposent à la phase paradoxale du sommeil (où il y aurait, conformément à la théorie de Jouvet, reprogrammation et réactivation des comportements innés nécessaires à l'adaptation de l'individu au milieu), la phase de sommeil profond à ondes lentes où, selon ces deux auteurs, se produirait une importante régression du Moi avec libération de comportements archaïques, non efficaces du point de vue de l'adaptation à l'environnement<sup>14</sup>, mais répondant à certaines modifications significatives qui s'y seraient produites.

Des études plus récentes, sans remettre entièrement en question le rôle des facteurs liés au sommeil, contredisent certains faits utilisés par Bourguignon et Guillon pour appuyer le rôle de la variable régression du Moi lors du stade IV de sommeil. Ainsi, l'étude du cycle du sommeil chez les enfants énurétiques, entreprise par Mikkelsen *et al.* (1980), indique, d'une part, que l'émission d'urine peut apparaître à n'importe quel stade du sommeil et, d'autre part, que le taux du sommeil à ondes lentes des enfants énurétiques est plus important que celui des autres enfants. En même temps, Norgaard *et al.* (1985) constatent l'absence de modifications du stade du sommeil au cours des épisodes énurétiques. Certains résultats d'une étude longitudinale entreprise par Fergusson *et al.* (1986) suggèrent que les enfants chez lesquels la propreté nocturne apparaît plus tardivement, dorment plus au cours des deux premières années de vie. Tous les faits mentionnés dans ce paragraphe montrent que d'autres recherches sont nécessaires pour préciser le rôle des facteurs liés au sommeil dans l'apparition de l'énurésie.

La troisième variable mentionnée dans l'hypothèse éthologique de Bourguignon et Guillon est l'existence d'un conflit psychique en rapport avec une remise en question de l'espace personnel du sujet<sup>15</sup>. De nombreuses publications citées par ces deux auteurs indiquent, en effet, l'incidence

particulière de l'énurésie dans différents types de collectivités (internats, orphelinats, casernes, kibboutz, etc.). Erikson (1982) écrivait même que l'énurésie est « le symptôme **normal** de l'enfant enrégimenté qui regrette sa maison »<sup>16</sup>.

Pour appuyer le rôle de la troisième variable impliquée, selon eux, dans l'apparition de l'énurésie, Bourguignon et Guillon présentent, en plus des données bibliographiques, les conclusions qui se dégagent de l'étude d'un groupe de 17 énurétiques dont le symptôme a persisté jusqu'à l'âge adulte et dont l'énurésie était acquise, voire réactionnelle. Chez 14 de ces malades, ils notent, comme causes déclenchantes, des événements qui peuvent être interprétés en termes de défense ou de marquage du territoire : (a) obligation d'abandonner le territoire personnel (partir en pension, quitter le foyer, émigrer) avec marquage du nouveau territoire pour se l'approprier, le personnaliser ; (b) contestation par autrui du territoire (bombardement, risque d'emprisonnement) ; (c) intrusion d'un rival dans le territoire personnel (arrivée, dans la famille, d'un frère ou d'une sœur, d'un beau-père ou d'une belle-mère). Bourguignon et Guillon relèvent aussi que des faits qui constituent une réactivation de la menace du territoire, par exemple, querelle avec la personne ressentie comme intruse ou obligation de quitter une personne qui avait été fortement investie affectivement, constituent des facteurs d'aggravation du symptôme.

Une preuve expérimentale concernant la possibilité d'interpréter l'énurésie (de même que l'encoprésie) comme une défense territoriale par l'intermédiaire d'un marquage odorant est apportée par Hereford *et al.* (1973).

Ces auteurs font l'hypothèse qu'une expansion du territoire personnel et, par la suite, une délimitation visible de ce territoire réduiront les manifestations de l'énurésie et de l'encoprésie. Pour vérifier cette hypothèse, Hereford *et al.* ont étudié 9 déficients mentaux profonds, âgés de 19 à 39 ans et dont les quotients sociaux mesurés avec l'échelle de maturité sociale de Vineland étaient compris entre 4 et 22. La durée moyenne de leur institutionnalisation était de 6,75 années. Les lits des 9 sujets se trouvaient dans la même pièce que ceux de 16 autres déficients mentaux profonds. 8 des 9 sujets manifestaient des comportements qui, selon Hereford *et al.*, pourraient être interprétés comme territoriaux (reconnaître son propre lit, par exemple) ; 6 des 8 sujets paraissaient perturbés par le fait qu'un autre résidant essayait de dormir à leur place.

Durant l'expérimentation, l'état des lits où dormaient les sujets était évalué, chaque matin, en tenant compte des six catégories suivantes : (a) mouillé\* (situation où, non seulement le drap était mouillé, mais on notait, aussi, une accumulation d'urine sur la housse du matelas) ; (b) mouillé<sup>+</sup> et défécation ; (c) mouillé (situation où le drap seul était mouillé) ; (d) mouillé et défécation ; (e) sec ; (f) sec, mais avec défécation. L'expérimentation a duré 18 jours et cette période a été divisée en quatre phases :

1. recueil de données pour établir une **ligne de base** (quatre jours) ;
2. **expansion spatiale** (cinq jours), suite au transfert de 16 lits de la zone expérimentale. Ainsi, dans le dortoir, ne restaient que les lits des 9 sujets, arrangés pour que le nouvel espace soit réparti de manière égale. Ce réaménagement a diminué de 64 % l'agglomération ;
3. établissement, aux limites de l'espace personnel, de **frontières visibles** (cinq jours). Afin de diviser l'espace en aires facilement repérables, les chercheurs ont apposé, sur le sol, une bande adhésive de vinyle jaune. Ainsi, la surface plus grande dont disposait, à partir de la deuxième phase, chaque sujet autour de son lit était délimitée, pendant la troisième phase, sur les quatre côtés ;
4. **retour à la situation initiale**. Au cours des quatre dernières journées d'expérimentation, les sujets ont été évalués après la réintroduction des 16 résidants qui, avec leurs lits, avaient été déplacés du dortoir pendant les phases deux et trois. En même temps, la bande jaune a été enlevée du sol. Cette dernière phase a été conçue pour déterminer si le retour au territoire initial (plus restreint et non délimité sur le sol) entraînait un retour aux niveaux de départ des manifestations de l'énurésie et de l'encoprésie.

Les résultats obtenus montrent que, conformément à l'hypothèse de départ, l'expansion du territoire conduit à une augmentation de la proportion de lits secs. Une autre hausse est notée après l'introduction des frontières visibles. Au cours de la phase quatre, cependant, malgré une légère tendance, nous n'assistons pas à un retour aux niveaux de départ. À ce sujet, Hereford *et al.* se demandent si une période de quatre jours n'était pas insuffisante pour que la tendance régressive puisse conduire aux niveaux notés au début de l'expérience.

Les auteurs de cette recherche considèrent les résultats obtenus comme une preuve que, chez les personnes qui ont des moyens limités de communication, la défense territoriale peut prendre la forme du marquage odorant réalisé par l'intermédiaire de l'énurésie et de l'encoprésie. Dans ce sens, la recherche de

Hereford *et al.*, apporte un appui important à l'hypothèse éthologique de Bourguignon et Guillon.

### Résumé

C'est surtout avec la théorie de l'attachement que l'éthologie – c'est-à-dire l'étude des comportements des espèces animales dans leur milieu naturel – commence à exercer une influence méthodologique et conceptuelle sur la psychopathologie. L'apport de l'éthologie est aussi heuristique car elle permet de formuler des hypothèses sur l'origine des troubles psychopathologiques.

Une part importante de la contribution des éthologistes à la compréhension des manifestations psychopathologiques est constituée par la description minutieuse des schèmes comportementaux. Cette phase descriptive est le préalable obligatoire de toute démarche concernant la formulation d'hypothèses quant à la causalité des faits pathologiques. La recherche basée sur une approche éthologique comporte trois phases : descriptive, exploratoire et évaluative.

Le chapitre contient aussi un exemple d'hypothèse éthologique, celle de Bourguignon et Guillon (1977) concernant l'énurésie. Pour ces auteurs, l'énurésie serait la résultante de l'action conjointe de trois variables : (a) une prédisposition héréditaire facilitant la dérépression pathologique d'un comportement inné ayant une analogie – sans homologie – avec le marquage du territoire ; (b) la régression du Moi, lors du stade IV du sommeil ; (c) le conflit psychique en rapport avec une remise en question de l'espace personnel du sujet. La présentation illustre aussi comment est testée une telle hypothèse éthologique.

1. Cette longue liste nous rappelle le post-scriptum de René Zazzo (1974) à son article sur l'attachement. Constatant l'engouement pour l'éthologie, science « à la mode », Zazzo concluait en nous avertissant que « l'utilisation aveugle des concepts de l'éthologie conduirait à un nouveau délire de la science ».
2. En France, le thème de l'attachement est abordé publiquement, pour la première fois, en septembre 1970, à Lille, lors des Journées de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française, où le psychanalyste belge François Duyckaerts a présenté le rapport intitulé « L'objet d'attachement : médiateur entre l'enfant et le milieu » (Duyckaerts, 1972). En 1972, Zazzo publie, dans la revue *Orientation scolaire et professionnelle*, un article sur « L'attachement. Une nouvelle théorie sur les origines de l'affectivité ». Avec cet article comme base de discussion, Zazzo organise un colloque « imaginaire » (en fait épistolaire) auquel participent onze autres personnalités : des éthologistes (Harlow, Lorenz, Chauvin), un pédo-psychiatre (Koupernik), un psychologue de l'enfance (Malrieu), des psychanalystes de diverses tendances (Anzieu, Bowlby, Duyckaerts, Lebovici, Spitz et Widlöcher). L'ensemble des contributions à ce colloque fut publié, en 1974, dans un volume intitulé « L'attachement » (Anzieu *et al.*, 1974).
3. Harlow a découvert que, chez le bébé singe, la recherche de nourriture est sacrifiée à la recherche du contact avec la mère. Ce contact assure un bien-être, une sécurité que rien ne saurait remplacer. En donnant au bébé singe des « substituts » de mère, Harlow a démontré expérimentalement la prévalence du contact sur la recherche de nourriture.
4. Aux travaux déjà cités, il nous paraît important d'ajouter les ouvrages concernant les modèles animaux du comportement humain, publiés par Brion et Ey (1964), Cosnier (1966) et le Centre national de la Recherche scientifique (1972).
5. Comme le remarque Cyrulnik (1987), l'éthologie n'a pas l'exclusivité de l'observation et les cliniques médicale et psychologique ne s'en sont pas privées. Ce qui caractérise l'observation clinique, c'est son attitude référentielle, qui fonde la sémiologie médicale et qui consiste à percevoir des informations sensorielles, à les comparer, puis à les référer à une lésion inaccessible. L'observation éthologique, quant à elle, se caractérise par l'attitude que White (1974) a décrite (et qui est mentionnée dans ce chapitre). Différents détails techniques concernant ce type d'observation sont présentés dans la première section de ce chapitre qui aborde les contributions méthodologiques de l'éthologie.
6. La partie la plus ancienne du cerveau, le « cerveau reptilien », constitué du système réticulé, du mésencéphale, des ganglions de la base et du complexe noyau caudé (putamen) globus pallidus, a un rôle prédominant dans les programmes comportementaux en relation avec la délimitation des territoires, avec l'établissement des hiérarchies dans les groupes, avec la sexualité, etc. Héritage des reptiles mammaliens, le « cerveau paléomammifère » est représenté par le lobe limbique ou rhinencéphale. Il joue un rôle important dans les fonctions émotionnelles, viscéro-somatiques et endocriniennes. Le cerveau « néomammifère », caractéristique des mammifères supérieurs, permet d'importants apprentissages.
7. Tinbergen indique que cette méthode (développée par les ancêtres chasseurs-cueilleurs, utilisée encore par les Bochimans, les Esquimaux et les aborigènes australiens) a été utilisée, pour la première fois, en tant que méthode scientifique appliquée à l'homme par Darwin, en 1872, dans l'ouvrage *The expression of the emotions in man and the animals*.
8. Les observations présentées dans le texte de 1974 sont citées d'après un texte antérieur signé par Tinbergen et son épouse (E.A. Tinbergen & N. Tinbergen, 1972).
9. Il s'agit d'un procédé d'échantillonnage comportemental décrit par Altmann (1974). Tel que son nom l'indique (*ad lib* signifie de manière improvisée) le procédé en question est souple.
10. On dit qu'un plan est quasi expérimental lorsqu'il fait appel à un mode d'analyse et d'interprétation propre à la méthode expérimentale, sans satisfaire, pour autant, à toutes les exigences du contrôle expérimental strict (Campbell, 1968). Parmi les plans quasi expérimentaux, on peut citer le plan à groupe de contrôle non équivalent, les plans simulés avant-après, les plans à séquences temporelles interrompues (Fortin, 1982).
11. Le geste rythmique « balayage-tête » est horizontal et se réalise de manière circulaire ou selon une trajectoire en forme de « 8 ». « Secoue-main » est un geste rythmique, impliquant une direction fixe ou multiple de la main (des mains) ou de l'avant-bras. Le geste « enfonce-œil » est arythmique et d'intensité



faible et modérée. Il implique un doigt, plusieurs doigts ou la main en contact continu avec un œil. Enfin, le geste « berce-corps » est rythmique (horizontal, vertical ou latéral) et implique le bassin, le tronc ou le corps.

12. Il s'agit d'activités apparemment hors de propos dans le contexte où elles se produisent (Demaret, 1979) : deux coqs, par exemple, qui en pleine lutte, se mettent à picorer sur le sol où il n'y a rien à ramasser.

13. On peut faire l'hypothèse alternative que, en raison de la non-intégration ou des difficultés d'intégration au groupe de pairs, le stress a augmenté progressivement.

14. D'autres événements épisodiques tels que la somniloquie, le somnambulisme, le balancement de la tête, l'*incubus* et les terreurs nocturnes apparaissent pendant le processus d'éveil du sommeil profond, lors d'un « allègement EEG » de ce dernier (Gastaut *et al.*, 1965).

15. À l'aide de différents exemples, Bourguignon et Guillon (1977) montrent que le comportement territorial existe également chez l'homme : celui-ci indique les limites de sa propriété par des clôtures ou des écriteaux ; un rituel bien défini est nécessaire pour franchir les limites du territoire d'autrui ; à l'intérieur de l'espace dans lequel il évolue, l'homme investit de façon stable certaines places particulières, etc.

16. Berge (1946) cite l'expérience de Lewis et Ostroff où ce qui est regretté est l'espace collectif. Ces deux chercheurs déplacent huit enfants sains, âgés de 3 ou 4 ans, d'un dortoir large dans des petites pièces ou des box individuels. Ce déménagement produisit l'énurésie chez tous ces enfants. Elle cessa lors du retour dans le grand dortoir commun.

# **Chapitre 9**

## **Psychopathologie existentialiste**

### **Sommaire**

- 1. Trois concepts fondamentaux**
- 2. Le patient en tant qu'être-dans-le-monde**

En France, comme d'ailleurs dans les pays de langue anglaise, il existe une certaine confusion entre la pensée phénoménologique et l'approche existentialiste. Ceci s'explique (en partie tout au moins) par la traduction du terme de *Daseinsanalyse*, utilisé pour dénommer la méthode élaborée par Binswanger dans le cadre de son approche phénoménologique, par « analyse existentielle » ou *existential analysis*. Cette traduction recouvre des conceptions très diverses de l'existence humaine et une série de méthodes thérapeutiques qui sont, souvent, en opposition marquée (Boss & Condreau, 1975)<sup>1</sup>.

Profondément influencée par la philosophie existentialiste<sup>2</sup> à laquelle elle emprunte des éléments importants du cadre théorique et une grande partie du vocabulaire, la psychopathologie existentialiste est une approche relativement peu connue malgré ses importantes implications pour la compréhension de l'existence de la personne qui présente des troubles psychologiques, ainsi que des troubles eux-mêmes.

Les publications parues après la deuxième guerre mondiale indiquent un intérêt constant pour ce type d'approche. Mentionnons, à titre d'exemple, le volume de Allers (1961) sur l'existentialisme et la psychiatrie ou l'article que Benda (1966) publia dans l'importante revue *American Journal of Psychiatry* sous le titre « Qu'est-ce que la psychiatrie existentielle ? ». Notons aussi qu'à partir de 1961, paraît aux États-Unis le périodique *Review of Existential Psychology & Psychiatry*<sup>3</sup>.

La grande majorité des contributions concerne le champ de l'intervention. En 1949 déjà, Weigert publie son ouvrage sur les relations de l'existentialisme avec la psychothérapie et, en 1966, paraît le livre de Moustakas sur la psychothérapie existentialiste pour enfants. C'est d'ailleurs dans le champ de l'intervention psychothérapeutique qu'est fait le plus grand effort de réflexion et de recherche. Le principal représentant de cette direction est Rollo May<sup>4</sup>, psychologue et psychanalyste, qui s'est trouvé pendant une longue période à la tête du mouvement de psychothérapie existentialiste américaine. La longue liste des ouvrages publiés par Rollo May<sup>5</sup> témoigne de l'ampleur de son œuvre et explique pourquoi le présent chapitre est basé, en grande mesure, sur les contributions de cet auteur. Mais, quelles sont les autres personnalités qui ont, à part May, participé au développement de ce nouveau champ ? Dans un chapitre consacré à l'émergence de la psychologie existentielle, terme qu'il utilise pour désigner, sans le préciser, aussi bien l'approche existentialiste de la psychologie

de la personne normale, que celle de la psychopathologie et de la psychothérapie, Rollo May (1969) cite, en particulier<sup>6</sup>, trois noms : Ephren Ramirez, Victor Frankl et Ronald Laing.

Psychiatre de formation, Ephren Ramirez a utilisé l'approche existentialiste pour traiter des toxicomanes à Porto Rico et, ensuite, à New York, où le maire Lindsay le nomme coordonnateur du service s'occupant des toxicomanies. Pour Ramirez, le rôle du thérapeute est de fournir au toxicomane des alternatives parmi lesquelles il peut faire librement son choix. Dans l'intervention, Ramirez attribue une place importante au concept de responsabilité, fondamental dans l'approche existentialiste et défini comme la capacité d'affronter la réalité et d'y répondre de manière positive. Notons, enfin, que Ramirez, comme beaucoup de psychothérapeutes existentialistes, ne fait pas de diagnostic ni de pronostic, une fois le traitement commencé, car ceci affaiblirait l'impact de l'expérience thérapeutique de confrontation.

Une période de sept ans vécus dans un camp de concentration, amène Victor Frankl à l'existentialisme<sup>7</sup> et de là, à la création d'une nouvelle forme de psychothérapie existentialiste, dénommée logothérapie, qui est destinée à aider les hommes à trouver un sens à leur vie. Frankl explique le développement de sa méthode en indiquant qu'un nombre croissant de personnes viennent, pour être aidées, chez les psychothérapeutes, sans présenter de symptômes, mais avec des sentiments d'ennui, parce qu'ils en « ont marre » et parce que leur vie manque de sens. Il n'est donc pas étonnant que la volonté et la prise de décision soient des ingrédients importants de la logothérapie.

La troisième personnalité citée par May est le psychiatre Ronald Laing, un des principaux représentants, avec Cooper et Esterson, du mouvement antipsychiatrique anglais. Dans son ouvrage *La politique de l'expérience*, Laing (1967) considère que nous nous trouvons actuellement au milieu d'une période de changement d'approche aussi radicale que celle d'il y a trois siècles, lorsque se produisit le passage de la démonologie à une approche clinique. Actuellement, cette dernière céderait sa place à une approche qui est, en même temps, existentialiste et sociale. À ce stade, la schizophrénie (ou l'expérience et les comportements qui sont étiquetés comme schizophréniques) constituerait, en fait, ce que Laing appelle la stratégie spéciale qu'une personne invente afin de vivre une situation invivable. Une des contributions majeures de Laing est d'avoir allié la théorie interpersonnelle de Sullivan<sup>8</sup> avec les concepts fondamentaux de l'approche existentialiste et phénoménologique. La seule

modalité nous permettant de comprendre et de nous occuper des êtres humains est, selon Laing, celle de clarifier la nature de l'être humain, c'est-à-dire l'ontologie ; toute théorie non fondée sur la nature de l'être humain est un mensonge et une trahison de l'homme.

Les contributions de May et des autres auteurs mentionnés ci-dessus témoignent surtout d'un intérêt pour l'application de certains principes existentialistes dans la pratique psychothérapique. En faisant ce constat, pouvons-nous encore parler d'une approche existentialiste de la psychopathologie ? À notre avis, oui ! Pour justifier cette réponse, nous allons aborder, dans une première partie de ce chapitre, trois concepts fondamentaux de l'approche existentialiste : la volonté, l'angoisse et la mort. La seconde partie du chapitre sera consacrée au patient en tant qu'être-dans-le-monde. Cette partie se terminera par une présentation de nos conclusions concernant l'apport de l'existentialisme à la psychopathologie.

## **1. Trois concepts fondamentaux**

### **1.1. La volonté**

Les existentialistes sont très concernés par la volonté et la décision humaines. Comme mouvement, l'existentialisme a d'ailleurs constitué une réaction à la vague montante de conformisme, de collectivisme et à la naissance de l'homme robot, phénomènes auxquels les existentialistes opposent leur credo que l'être humain peut, d'une certaine manière, influencer sur sa relation à son destin. Ce noyau de pouvoir pour prendre position, pour prendre une décision (aussi banale soit-elle) ne disparaît jamais. C'est pourquoi les existentialistes affirment que l'existence de l'homme consiste, en dernière analyse, en sa liberté. À ce sujet, May (1972b) cite Tillich qui a exprimé de manière très percutante cette idée en écrivant que « l'homme ne devient vraiment humain qu'au moment de la décision ».

May (1972b) croit que le noyau central de la « névrose » de l'homme moderne est « la destruction de son expérience de lui-même, en tant qu'être responsable, ainsi que l'usure de sa volonté et de sa décision ». Plus grave encore, l'individu moderne aurait très souvent la conviction que même s'il faisait réellement appel à sa volonté, ses efforts ne changeraient rien.

Le développement du mouvement existentialiste s'est fait, en grande mesure, par rapport à la notion de volonté brisée chez l'homme moderne, notion face à laquelle les existentialistes prirent des positions véhémentes. Or, ceci est en contradiction avec la découverte freudienne que des vastes domaines de l'activité psychique humaine sont déterminés non pas par la volonté, mais par des pulsions inconscientes. D'autre part, le processus même de la psychothérapie tend à inviter le patient à abandonner sa position d'agent qui décide. May se défend, toutefois, de nier ce que Freud décrit comme l'expérience inconsciente et souligne que ces influences déterminantes « inconscientes » agissent certainement<sup>9</sup>. Ce qu'il propose, en plus, est une redécouverte de la volonté et de la décision.

Comment procéder pour atteindre cet objectif ? Il ne s'agit, en aucun cas, de « pousser » le patient à prendre des décisions. May recommande de faire prendre conscience au patient de son propre pouvoir de décision, en évitant de l'aiguiller, par inadvertance et subtilement, dans telle ou telle direction. La prise de conscience potentielle par la personne que ce vaste, complexe, et multiple ensemble d'expériences est son expérience, introduit inévitablement l'élément de décision à chaque moment.

Pour réconcilier la volonté avec l'importance que Freud accorde au désir, May suggère que l'on utilise le mot « décision » pour désigner l'acte humain qui réunit ensemble la volonté et le désir<sup>10</sup>. Chez une personne, la décision tient compte du vécu, de l'expérience, de tous les désirs, mais elle transforme tous ces désirs en une façon d'agir choisie de manière consciente. Volonté, désir et décision se rencontrent à l'intérieur d'un nœud de relations, dont l'individu dépend non seulement pour sa propre réussite dans la vie, mais pour son existence même.

## **1.2. L'angoisse**

L'angoisse existentialiste<sup>11</sup> est moins la crainte d'un danger précis que le vif sentiment d'avoir été jeté là sans l'avoir voulu, contraint à des options dont on n'aperçoit pas toutes les conséquences et qu'on ne saurait justifier (Foulquié, 1968). Sartre ne fait pas à l'anxiété<sup>12</sup> et au désespoir la place qu'ils occupent dans la vie et l'œuvre de Kierkegaard ou même de Gabriel Marcel. Pour Sartre, l'angoisse résulte du sentiment de la portée de nos options. En effet, l'individu choisit ses propres normes sans avoir pu auparavant juger de leur valeur. Il s'agit, par conséquent, chez Sartre, d'une angoisse du choix.

May s'intéresse, lui aussi, à l'anxiété. Dans sa thèse de doctorat en psychologie soutenue, en 1949, à l'Université Columbia et publiée sous le titre de *The Meaning of Anxiety (Le sens de l'anxiété, 1950)*, Rollo May étudie l'anxiété de filles célibataires enceintes vivant dans un foyer de New York. Du fait qu'elles étaient enceintes et non mariées, ces filles se trouvaient dans une situation anxiogène. May fait l'hypothèse que la prédisposition à l'anxiété est proportionnelle à la mesure dans laquelle ces sujets avaient été rejetés par leur mère. Il constate que si la moitié de ses sujets confirmait cette hypothèse, l'autre moitié ne le faisait pas. Dans ce dernier cas, il s'agissait de filles originaires de Harlem et des quartiers pauvres de l'est de New York, qui avaient grandi dans des familles de bas niveau socio-économique. Ces filles, complètement rejetées par leur mère disaient à May : « Nous avons des ennuis, mais nous ne nous tourmentons pas ». Les résultats au Rorschach et à d'autres tests que May administra à ces filles montraient, en effet, que leur anxiété n'atteignait pas un degré inhabituel. Ces constats amenèrent May à interpréter autrement ses données : le choc à l'origine de l'anxiété n'est pas le rejet de la mère, c'est plutôt le rejet dissimulé. Les mères de classe moyenne mentaient à leurs filles : tout en les rejetant, ces mères prétendaient les aimer. Par contre, les mères de milieux défavorisés avaient rejeté leurs enfants, mais ne s'étaient jamais gênées pour le faire. Se sachant rejetées, ces filles allèrent dans la rue et se trouvèrent des compagnes. Leur monde était, comme l'écrit May, « clair et connu », sans subterfuges à propos de leur situation et tout ceci leur permettait de s'orienter. Pour May l'anxiété a, par conséquent, une autre cause que le simple rejet : celle de ne pouvoir connaître le monde où l'on est, de ne pouvoir s'orienter dans sa propre existence. Il s'agit là, évidemment, d'un des résultats importants de l'approche existentialiste.

### **1.3. La mort**

En partant du fait que la civilisation occidentale moderne, surtout aux États-Unis, a fait de l'occultation de la mort un fétiche et que la mort (tout comme la perception extrasensorielle ou l'homosexualité) ont été des sujets tabou en psychologie, Rollo May (1972b) note que le problème de la mort est le seul fait absolu de la vie et qu'elle individualise l'homme (« personne ne peut mourir pour moi » ; « c'est la seule chose que je sois obligé de faire pour moi-même »). Pour May, le déni de la mort est aussi la perte de la vie<sup>13</sup>. Ceci nie la réalité de l'existence humaine et ce refus est, en grande mesure, responsable de l'apathie dont tant de gens souffrent dans le monde occidental. Alors, que faire ? Regarder

(ou non) la mort en face ? À cette question, May nous apporte le témoignage de sa propre expérience.

Vers la trentaine, Rollo May est atteint de tuberculose et passe deux ans alité au sanatorium de Saranac. Comme ceci se passait avant la découverte du traitement de la tuberculose, les malades ne savaient pas s'ils allaient survivre et côtoyaient de près la mort. Pendant ces années, May lut les deux principaux ouvrages sur l'anxiété qui existaient à l'époque : *Le problème de l'angoisse* de Freud et *Le concept de la crainte* de Kierkegaard. En lisant ce dernier, il ressent que Kierkegaard parlait exactement de ce qu'il était en train d'éprouver. Pour Kierkegaard, l'anxiété est la lutte d'une personne vivante contre le non-être. La terreur, dans l'expérience de l'anxiété, vient non pas de la menace de la mort en tant que telle, mais de son conflit ambivalent en relation avec la menace, c'est-à-dire le fait que l'on soit tenté de céder à la menace. Comme le dit Kierkegaard, ce n'est pas la mort en tant que telle qui nous effraie, mais le fait que chacun de nous possède en lui des tendances dans les deux camps adverses. « L'angoisse est un désir que l'on redoute » écrit-il. Ainsi, comme « un pouvoir étranger, elle se saisit d'un individu, et il ne peut plus s'en arracher ».

En apprenant à affronter directement le problème de la mort, May découvre qu'il est devenu capable de surmonter deux des faux moyens d'aborder la mort : l'attitude nonchalante (dénier complet de la terreur de la mort s'exprimant par le fait d'être exagérément gai, insouciant et frivole) et l'abandon désespéré que l'on rencontre chez les individus déprimés, apathiques, sans ressort, sans aucune ressource. Lorsqu'il put regarder la mort en face, May constata un changement radical dans sa relation avec le temps. Le temps « maître » ou « camisole de force » s'était transformé en temps « cadeau ». May fut en mesure d'affronter le fait de la mort à l'intérieur de sa propre conscience et, alors, il put faire son propre choix pour le temps qui lui restait à vivre. La solution qui se dessine est, par conséquent, de lutter, d'affronter cet adversaire qui gagne toujours (la mort), d'accepter d'être mortel et de vivre pleinement chaque jour, chaque heure, chaque minute de sa vie.

## 2. Le patient en tant qu'être-dans-le-monde

Le concept de patient en tant qu'être-dans-le-monde est fondamental pour l'approche existentialiste. Ceci implique que le patient lui-même doit découvrir son être propre, aidé dans cette démarche par le psychologue ou le psychiatre qui



l'a en charge. Cette découverte est essentielle car c'est l'être du patient qui est tombé dans ce que May appelle « les complications et les blocages qui aboutissent aux symptômes »<sup>14</sup>.

Dans la perspective existentialiste, et le cas présenté ci-contre le démontre fort bien, l'être est toujours un être-dans-le-monde. La patiente peut en effet découvrir son être propre par rapport au thérapeute, par rapport aux tragédies du monde dans lequel elle vit. Les existentialistes distinguent d'ailleurs trois mondes simultanés dans lesquels chacun de nous découvre son être-dans-le-monde : (a) le milieu ambiant (*Umwelt*), le monde alentour, le monde biologique ; (b) le monde de notre prochain (*Mitwelt*), le monde avec, c'est-à-dire le monde d'interrelations avec les êtres humains ; (c) le monde de notre relation avec nous-mêmes (*Eigenwelt*), le monde propre, le monde pour soi.

L'approche existentialiste requiert sans doute une bonne compréhension de la philosophie qui porte le même nom. Ceci n'est pas facile ! En témoigne un célèbre psychologue, Maslow (1968), qui commence sa contribution au volume collectif consacré à la psychologie existentialiste en écrivant qu'il trouve extrêmement difficile ou même impossible de comprendre une bonne partie des écrits existentialistes... En raison de ces difficultés (et peut-être pour les compenser) il nous a paru important de souligner, à la fin de ce chapitre, les principales contributions de l'approche existentialiste à la psychopathologie.

Pour illustrer comment le patient peut découvrir son être propre, nous allons reprendre un cas présenté par May (1972b) dans *Le désir d'être. Psychothérapie existentielle*. Il s'agit d'une femme de 28 ans, immigrante d'origine européenne, venue pour un traitement psychothérapeutique, en raison de graves crises d'anxiété et de doutes, ainsi que d'accès de rage, parfois incontrôlables. C'était une enfant illégitime. Lorsqu'elle était en colère, sa mère lui rappelait souvent son origine et lui racontait qu'elle avait essayé d'avorter avant sa naissance. Lorsqu'elles traversaient des périodes de difficultés, la mère lui criait : « Si tu n'étais pas née, nous n'aurions pas à subir tous nos ennuis actuels ! ».

Au cours du quatrième mois de psychothérapie, la patiente fit un rêve qui révélait sa confiance dans la relation avec le thérapeute, dans un monde anonyme où elle avait senti qu'elle ne pourrait trouver aucun autre individu qui la traite en tant que personne.

« J'étais au milieu d'une foule. Les gens n'avaient pas de visage ; ils étaient comme des ombres. On aurait dit un désert de gens. Et puis, j'ai vu qu'il y avait quelqu'un dans la foule qui avait pitié de moi ».

À la séance suivante, la patiente raconta qu'elle avait vécu une expérience extrêmement importante. Voici son récit, reproduit intégralement : « Je me souviens que ce jour-là... (c'était le jour qui avait suivi le rêve) je marchais sous le métro aérien, dans les bas quartiers de New York, pénétrée de cette idée : je suis une enfant illégitime. Je me rappelle que ma sueur coulait, tant était grande mon angoisse d'essayer d'accepter ce fait. Je compris alors ce que cela devait être d'accepter je suis un Noir au milieu de Blancs privilégiés, je suis un aveugle au milieu de gens qui voient. Plus tard, dans la nuit, je me suis réveillée ; je considérais ainsi la chose : j'accepte le fait d'être une enfant illégitime. Mais ça ne peut pas être non plus : je suis née illégitime ; alors que reste-t-il ? Il reste simplement : je suis. Cette sensation, cet acte de contact et d'acceptation du je suis une fois admis, m'a donné pour la première fois de ma vie cette expérience : Puisque je suis, j'ai le droit d'être ».

Dans le cadre de cette approche, il faut chercher avant tout à voir le patient tel qu'il est réellement, à le découvrir en tant qu'être humain, en tant qu'être-dans-le-monde, et non pas comme une simple projection de nos théories à son propos. Les réponses du patient à des questions comme celles qu'Anne Ancelin-Schützenberger (1972) mentionne dans la Préface du volume *Le désir d'être* de Rollo May (qui suis-je en tant qu'être au monde ? quelle est mon identité ? d'où est-ce que je proviens ? comment puis-je me trouver ou m'accepter ?) nous aideront, sans doute, à mieux découvrir le patient.

Comme la vie est un mouvement dynamique entre ce qui a été et qui est en train de devenir, il faut considérer l'homme comme un processus plutôt que comme un produit. Les existentialistes ne négligent pas le passé, mais ils tiennent pour vrai que les événements déterminants du passé prennent leur signification dans la mesure où nous en faisons usage dans le présent et le futur. Nous ne pouvons comprendre une personne que si nous la considérons comme en marche vers l'avenir.

L'approche existentialiste a une façon propre de concevoir les mécanismes sous-jacents aux troubles psychopathologiques. Pour illustrer ce propos, prenons

un exemple donné par May lui-même. Il concerne le refoulement, traditionnellement lié au respect des codes de la morale bourgeoise et, en particulier, de ceux de la famille, afin de conserver une image de soi acceptable. Pour May et les autres existentialistes, il s'agit là d'un symptôme plutôt que d'une cause, assertion qui nous oblige à chercher quelque chose de plus profond, c'est-à-dire la réponse à la question de savoir pourquoi le patient accepte ou refuse sa propre liberté, dans le choix de ses propres codes. Selon May, les questions critiques seraient : pourquoi certaines personnes se conforment-elles simplement à la morale bourgeoise et pourquoi d'autres ne le font-elles pas ?

Dans le contexte de la remise en question des institutions psychiatriques, du mouvement de désinstitutionnalisation et d'intégration sociale des patients, l'approche existentialiste attire notre attention sur la nécessité que le patient puisse prendre conscience de son propre pouvoir de décision et puisse l'exercer en toute liberté.

À notre époque, parce que les patients ont généralement perdu leur monde, il est particulièrement important qu'ils se retrouvent ensemble, dans le même monde, avec les autres. Selon l'approche existentialiste, ceci est vrai pour nous tous, comme il est dit dans *La Foule solitaire* (Riesman, 1966), car nous avons perdu le monde dans lequel nous nous sentons chez nous. Les ouvrages de psychiatres américains comme Frieda Fromm-Reichmann et Harry Stack Sullivan décrivent l'état du malade qui a perdu son monde et font remarquer que les problèmes de solitude, d'isolement et d'aliénation sont non seulement les caractéristiques des malades qui suivent des psychothérapies, mais reflètent des problèmes de notre société tout entière, société dans laquelle des gens de toutes sortes vivent l'angoisse de l'isolement et de l'aliénation.

L'approche existentialiste met nettement en évidence une réalité que de nombreux spécialistes de la psychopathologie négligent. Dans un texte sur l'apport de l'existentialisme à la psychologie, Maslow (1969) écrivait que ce que nous appelons « normal » en psychologie est véritablement une psychopathologie de la moyenne dont le caractère pas du tout dramatique et sa large extension font qu'elle passe entièrement inaperçue. L'approche existentialiste nous aiderait, selon Maslow, à mettre en évidence, dans l'existence humaine basée sur des illusions et de la peur, une maladie largement partagée par les autres membres de notre société.

## Résumé

Profondément influencée par la philosophie existentialiste à laquelle elle emprunte des éléments essentiels du cadre théorique et une grande partie du vocabulaire, la psychopathologie existentialiste, approche relativement peu connue, a d'importantes implications pour la compréhension de l'existence de la personne qui présente des troubles psychologiques, ainsi que des troubles eux-mêmes. L'étude des contributions dans le domaine de l'approche existentialiste montre que le plus grand effort de réflexion et de recherche a été fait dans le champ de l'intervention. Le principal représentant de cette direction est Rollo May qui s'est trouvé pendant une longue période à la tête du mouvement de psychothérapie existentialiste américaine.

Dans le cadre de l'approche existentialiste, il faut chercher avant tout à voir le patient tel qu'il est réellement, à le découvrir en tant qu'être humain, en tant qu'être-dans-le-monde, et non pas comme une simple projection de nos théories à son propos. Cette approche nous montre qu'il faut considérer la personne humaine comme un processus plutôt que comme un produit. Très concernés par la volonté et la décision humaines, les existentialistes insistent sur le fait que l'être humain peut influencer sur sa relation à son destin. L'approche existentialiste remet en question la frontière entre « normalité » et « pathologie » en nous faisant découvrir une psychopathologie de la moyenne, largement partagée par les membres de notre société qui vivent l'angoisse de l'isolement et de l'aliénation.

1. Pour s'y reconnaître, de nombreux auteurs ont pris l'habitude de garder le terme allemand de *Daseinanalyse* (Boss & Condreau, 1975). Comme nous l'indiquons dans le chapitre consacré à la psychopathologie phénoménologique, Binswanger proposait de traduire *Daseinanalyse* par « analyse de la présence humaine ».

2. L'existentialisme est une théorie qui affirme le primat ou la priorité de l'existence par rapport à l'essence. Par essence, on entend ce qu'un être est. L'existence, quant à elle, est ce qui actualise l'essence. Lorsqu'on dit : « Je suis un homme », « Je suis » affirme l'existence et « homme » désigne l'essence. Jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, la philosophie classique ne mettait pas en doute la primauté de l'essence. Il s'agissait, par conséquent, d'une philosophie *essentialiste*.

Le précurseur de l'existentialisme d'aujourd'hui est le Danois Sören Kierkegaard (1813-1855). En Allemagne, les contributions les plus importantes sont apportées par Martin Heidegger (1889-1976). Contrairement à son maître Edmond Husserl, qui avait mis « entre parenthèses » les questions concernant l'être des choses pour rechercher leurs essences phénoménologiques, Heidegger se demande qu'est-ce que être ou exister ? L'être qu'il a en vue est, cependant, celui du phénomène et non pas celui du noumène kantien ou de la chose en soi. L'ontologie de Heidegger est une ontologie phénoménologique comme le sera celle de Jean-Paul Sartre, le penseur le plus représentatif de l'existentialisme athée (Foulquié, 1968).

3. Éditée par K. Hoeller, cette revue paraît à Seattle.

4. Élève de Paul Tillich et de Gabriel Marcel, Rollo May a été directeur de l'Institut de Psychiatrie, Psychologie et Psychanalyse « William Alanson White » de New York et a enseigné, dans cette même ville, à la New School for Social Research. Il a également enseigné à Harvard, Yale et Princeton.

5. May est l'auteur de nombreux ouvrages : *Le sens de l'anxiété* (1950), *L'homme à la recherche de son être* (1953), *L'art de conseiller* (1967a), *La psychologie et le dilemme humain* (1967b), *Psychothérapie existentielle* (1967c), *Amour et vérité* (1969), *Pouvoir et candeur : recherche des sources de la violence* (1972a). D'autres ouvrages furent publiés sous sa direction : *Existence : une nouvelle dimension en psychiatrie et psychologie* (1958), *Psychologie existentielle* (1960) et *Symbolisme en religion et littérature* (1960). À notre connaissance, deux ouvrages ont été traduits en français avec comme titre : *Psychologie existentielle* (1971) et *Le désir d'être. Psychothérapie existentielle* (1972b).

6. En citant ces trois auteurs, May (1969) note qu'il a omis des thérapeutes qui se trouvent nettement dans la tradition existentialiste, comme Leslie Farber et Helmut Kaiser, ou d'autres, comme Thomas Szasz et Bruno Bettelheim, dont l'œuvre montre l'impact de la psychologie existentialiste.

7. Cette période est racontée dans le livre *Du camp de la mort à l'existentialisme* (Frankl, 1959).

8. Pour Harry Stack Sullivan, la psychanalyse devient une étude des relations interpersonnelles. De même, la psychopathologie (indissociable de la psychologie sociale) vise à la compréhension des relations interhumaines. Sullivan insiste aussi sur l'importance des relations interpersonnelles établies avec les patients.

9. May (1972b) pense qu'en tant que thérapeutes traitant des gens en conflit, les analystes ne peuvent s'empêcher de reconnaître que la possibilité du malade d'exercer des choix est d'importance capitale. Pour appuyer cette assertion, il cite Freud qui écrivait dans *Le Moi et le Ça* : « l'analyse n'a pas pour but d'abolir la possibilité de réactions morbides, mais de donner au Moi du malade la liberté de choisir une voie ou une autre ».

10. Pour May (1972b), le désir et la volonté peuvent être considérés comme « des bi-pôles ayant une action opposée ». La volonté requiert la conscience de soi, le désir, non ; la volonté implique une possibilité de liberté de choix, le désir ne l'implique pas. Le désir donne la chaleur, le contenu, le jeu et l'enjouement de l'enfance, la satisfaction, la fraîcheur, la coloration et la richesse à la volonté. La volonté donne au désir l'orientation, la liberté et la maturité.

11. « L'angoisse existentialiste suppose que l'on admet et que l'on vit les thèses fondamentales de l'existentialisme. Mais, il y a aussi une angoisse indépendante de toute réflexion philosophique et liée au seul fait d'exister : c'est l'angoisse existentielle » (Foulquié, 1968).

12. L'anxiété peut être définie (American Psychiatric Association, 1985) comme une appréhension, tension ou malaise né d'un danger dont la source est largement inconnue. On peut distinguer l'anxiété,

manifestation moins intense, plutôt psychique (représentation mentale), et l'angoisse, qui correspond à une manifestation plus intense, plutôt somatique (avec une moindre mentalisation).

13. Paul Tillich (qui avait été le professeur de Rollo May) écrivait qu'on renonce à être parce qu'on a peur de ne pas être. On renonce au sens de la vie par peur de la mort (May, 1972b).

14. Selon Rollo May, il est plus facile de faire que d'être, de penser et de rationaliser que de sentir, de succomber à l'apathie que de faire face et d'assumer. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que le conflit interne soit, pour cet auteur, lié au refus de faire face à sa propre réalité profonde.

# **Chapitre 10**

## **Psychopathologie expérimentale**

### **Sommaire**

- 1. Névroses expérimentales**
- 2. Catatonie expérimentale**
- 3. Exemple d'étude expérimentale des troubles psychopathologiques présentés par des patients**

Si l'on utilise comme critère le degré de contrôle exercé sur la situation de recherche et les phénomènes qui s'y déroulent, les méthodes scientifiques d'acquisition des connaissances se placent sur un continuum défini, à un extrême, par les méthodes historiques et, à l'autre extrême, par la méthode expérimentale. Entre ces deux regroupements se trouvent les méthodes descriptives<sup>1</sup> (Sabourin, 1988).

Telle qu'utilisée par Claude Bernard, la méthode expérimentale classique consiste à maintenir constantes toutes les conditions à l'exception d'une seule, dont l'effet sur le phénomène étudié peut, dans ce contexte, être mis en évidence sans ambiguïté. L'utilisation de la méthode expérimentale rend possible l'établissement de relations de causalité entre événements, permet d'expliquer les phénomènes étudiés. Sur la base des relations de causalité établies, elle permet aussi la prédiction de l'apparition des événements.

En employant cette méthode, le chercheur a comme tâche d'émettre une hypothèse, de manipuler les variables indépendantes<sup>2</sup>, de contrôler les variables parasites, afin que les variations de la variable dépendante puissent être interprétées sans erreur et de façon aussi précise que possible (Reuchlin, 1973). Le chercheur doit aussi procéder à une organisation ou planification de l'expérience, c'est-à-dire à l'élaboration d'un plan qui régira la réalisation effective de la recherche<sup>3</sup>.

L'introduction de l'expérimentation dans le champ psychologique a permis de créer et de développer une nouvelle psychologie, différente de la psychologie philosophique, et qualifiée d'expérimentale (Reuchlin, 1972). L'autonomie de celle-ci fut définitivement établie par Wundt qui créa, en 1879, à Leipzig, le premier laboratoire de psychologie expérimentale. En France, des développements importants sont liés aux noms de Binet, auteur de *Introduction à la psychologie expérimentale* (1894) et de *L'étude expérimentale de l'intelligence* (1903), de Beaunis qui quitta, en 1889 sa chaire à la Faculté de Médecine de Nancy pour diriger le Laboratoire de psychologie expérimentale de la Sorbonne, ou de Piéron qui, après avoir mené son activité à l'École Pratique des Hautes Études et à la Sorbonne, occupa, à partir de 1923, une chaire de physiologie des sensations au Collège de France (Reuchlin, 1972).

Bien que probablement antérieure, l'existence d'une approche expérimentale de la psychopathologie est mentionnée au début du xx<sup>e</sup> siècle. En avril 1903, dans son rapport au Congrès international de Madrid, Pavlov utilise le terme de



psychopathologie expérimentale et souligne l'importance, pour la compréhension de la pathologie, de l'expérimentation sur l'animal (Baruk, 1964). L'école de Pavlov commencera et développera, d'ailleurs, une des directions importantes de recherche, l'étude des névroses expérimentales.

Une seconde direction de recherche est mise en place par Baruk et de Jong qui, dans les années 1928-1930, commencent à étudier la réalisation expérimentale, chez l'animal, de la catatonie, un des troubles typiques de la schizophrénie. L'importance de ces travaux a contribué à la reconnaissance et à l'institutionnalisation du domaine de la psychopathologie expérimentale. Créé en 1934, grâce à l'appui de la fondation Rockefeller, le laboratoire de Baruk a été désigné par Fessard comme « Laboratoire de psychopathologie expérimentale », lors de son rattachement à l'École Pratique des Hautes Études.

La psychopathologie expérimentale ne se limite pas, comme les études sur les névroses et la catatonie pourraient le laisser croire, à des recherches sur les animaux. Dès le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, Moreau de Tours, élève d'Esquirol, avait étudié, en expérimentant sur lui-même, les effets du hachisch et d'autres drogues. Dans son ouvrage *Du hachisch et de l'aliénation mentale. Études psychologiques*, il décrit remarquablement les modifications psychiques qu'il a ressenties. Selon Baruk (1964), il s'agit du vrai précurseur de la psychopharmacologie et pour cette raison le nom de Moreau de Tours fut donné à la Société de psychopharmacologie biochimique, fondée à Paris en 1958.

Après un siècle environ d'histoire, on peut se demander quelle est la définition qui conviendrait le mieux au domaine de la psychopathologie expérimentale. Dans un des plus intéressants ouvrages consacrés à cette approche, et auquel ont collaboré non seulement d'éminents chercheurs de ce qu'on a appelé la première génération post-pavlovienne, comme Masserman et Gantt, mais aussi des éthologistes de renom comme Harry et Margaret Harlow, l'éditeur du volume, Kimmel (1971), écrit que la psychopathologie expérimentale pourrait signifier soit « l'étude expérimentale du comportement pathologique » (c'est-à-dire l'étude, avec la méthode expérimentale, du comportement pathologique), soit « l'étude du comportement pathologique expérimental » (c'est-à-dire l'étude du comportement pathologique produit de manière expérimentale). Le point de vue de Kimmel nous paraît refléter de manière adéquate la réalité contemporaine de l'approche expérimentale de la psychopathologie.

Pour présenter le domaine de la psychopathologie expérimentale, il nous paraît indispensable d'aborder en détail les deux thèmes de recherche qui ont significativement contribué à sa constitution (les névroses expérimentales et la catatonie expérimentale) et auxquels seront consacrées les deux premières parties de ce chapitre. Une troisième partie traitera des développements actuels de la psychopathologie expérimentale et, notamment, de l'étude de la vitesse de traitement de l'information chez les patients diagnostiqués comme schizophrènes.

## 1. Névroses expérimentales

L'étude des névroses expérimentales commence avec les travaux de deux collaboratrices de Pavlov, Yerofeeva et Shenger-Krestovnikova et donne lieu, à partir de 1912, à de nombreuses publications (Ivanov-Smolenski, 1955 ; Cain, 1959 ; Giurgea, 1986). Yerofeeva<sup>4</sup> crée, chez le chien, un réflexe alimentaire conditionné, en utilisant comme stimulus une excitation électrique de la peau qui, habituellement, déclenche un réflexe de défense. En changeant, au cours d'une même série d'expériences, la position des électrodes sur la peau, le comportement de l'animal change brusquement et une excitation motrice extrêmement violente et de longue durée prend place. Le fait fut noté sans que l'on en tire aucune conclusion. Dans d'autres expériences, l'augmentation progressive de l'intensité de la stimulation électrique (donc, de la douleur) conduisait au refus de la nourriture. Le chien devenait nerveux, agité, toute l'activité nerveuse supérieure était perturbée et le restait des jours et des semaines, en l'absence même des chocs douloureux. À l'époque, le concept de névrose expérimentale n'était pas envisagé et Pavlov avait tendance à croire que Yerofeeva commettait des erreurs dans le déroulement de ses expériences.

L'expérience fondamentale est relatée dans une publication de 1921 dans laquelle Shenger-Krestovnikova aborde le problème de la différenciation des excitations visuelles et des limites de la différenciation de l'analyseur visuel du chien. Cette collaboratrice de Pavlov avait élaboré, chez des chiens, de nombreuses différenciations successives, de plus en plus fines, entre un cercle et une ellipse. Lors des présentations successives, la forme des ellipses se rapprochait de plus en plus du cercle, ce qui exigeait une

distinction de plus en plus fine entre le stimulus renforcé par la nourriture (le cercle) et le stimulus non renforcé (l'ellipse). Lorsque le rapport des demi-axes de l'ellipse fut de 9 : 8 (ce qui rendait l'ellipse très proche d'un cercle), on ne parvint pas à obtenir la différenciation. De surcroît, toutes les différenciations élaborées antérieurement, même les plus grossières, furent rompues. Le comportement de l'animal se modifia de manière très spectaculaire : il cria, gémit, refusa la nourriture, présenta une excitation motrice générale très prononcée et prolongée, avec des tendances destructrices (l'animal arrachait l'équipement de recherche placé sur lui, rongea les tubes de caoutchouc, etc.).

Fondamentale dans le domaine des névroses expérimentales, l'étude de Shenger-Krestovnikova inaugure une série importante de recherches qui ont permis le recueil de données concernant la symptomatologie et la dynamique des névroses expérimentales, de même que la description des modalités névrogènes.

**La symptomatologie des névroses expérimentales.** Giurgea (1986) répertorie les différents signes généraux rencontrés chez l'animal en situation de névrose expérimentale :

- perte de l'appétit, refus de la nourriture ;
- troubles comportementaux tels gémissements, agitation, difficulté de rester en place ;
- troubles de la vigilance, c'est-à-dire agitation ou somnolence avec alternance fréquente de ces épisodes ;
- diminution ou perte des réflexes conditionnés positifs ;
- activités du type « explosif » avec épuisement rapide en cours d'expérience ;
- états phasiques : (a) phase d'égalisation (au début de ses troubles névrotiques, l'animal répond de la même manière au stimulus fort qu'au stimulus faible) ; (b) phase paradoxale (les réponses aux stimuli faibles sont fortes et, inversement, les réponses aux stimuli forts sont faibles) ; (c) phase ultraparadoxale (l'animal donne une réponse conditionnée positive aux stimuli négatifs et ne répond pas du tout aux stimuli positifs).

À ces signes, Giurgea (1986) rajoute les signes médicaux généraux qui témoignent des répercussions qu'ont les névroses expérimentales au niveau des organes internes et les signes particuliers neurologiques ou neuropsychiatriques. Si, au début, les auteurs russes n'ont décrit que deux entités (le syndrome

d'inhibition et le syndrome d'excitation) ultérieurement ils s'attachèrent à présenter des manifestations plus différenciées, par exemple, des états mixtes ou des états phasiques<sup>5</sup>.

**La dynamique des névroses expérimentales.** En plus d'une dynamique temporelle qui se manifeste, notamment, par l'existence d'une période d'incubation névrotique, il faut aussi noter la composante spatiale de cette dynamique. En effet, dans certains cas, les troubles névrotiques se manifestent seulement dans les conditions où ils ont été produits. Par contre, si la névrose continue ou s'aggrave, l'animal est malade même dans son chenil.

**Les modalités névrogènes.** L'expérience de Shenger-Krestovnikova utilise un des trois types de procédés névrogènes que les expériences ultérieures ont permis de répertorier (Giurgea, 1986). Ces modalités sont :

- surcharge de l'excitation par l'utilisation de stimuli trop forts ou trop complexes ;
- surcharge de l'inhibition, en sollicitant des discriminations trop fines ou en prolongeant la durée d'un stimulus conditionné inhibiteur ;
- surcharge de la mobilité, qui peut être réalisée expérimentalement de plusieurs manières : (a) en n'assurant pas, lors d'une discrimination, un intervalle optimal entre un stimulus positif et un stimulus négatif ; (b) en faisant vivre au sujet un conflit entre deux motivations, l'une positive et l'autre négative ; (c) en changeant le stéréotype dynamique, c'est-à-dire l'ordre de présentation des stimuli, chez un animal habitué à un stéréotype de stimuli conditionnés positifs et/ou négatifs.

Dans les trois cas de surcharge décrits (de l'excitation, de l'inhibition et de la mobilité), l'affaiblissement ou la diminution du tonus central facilite l'apparition des névroses. Cet affaiblissement peut être en relation avec l'âge, la fatigue extrême (notamment, par manque de sommeil), des perturbations hormonales, des états infectieux, etc.

Les études sur les névroses expérimentales ont montré que les animaux soumis à des procédés névrogènes ne deviennent pas tous névrotiques et que ceux qui le deviennent ne présentent pas tous les mêmes symptômes. La susceptibilité de l'organisme aux modalités névrogènes varie en fonction du type de système nerveux central<sup>6</sup>.

**Développements ultérieurs.** Des laboratoires russes, où a pris naissance et s'est amplifiée très rapidement la recherche sur les névroses expérimentales, les

idées de Pavlov se répandent, ensuite, aux États-Unis. Les chercheurs américains prennent connaissance, à partir de 1923, des travaux sur les névroses expérimentales grâce à des contacts directs avec des collaborateurs de Pavlov (Cain, 1959). Au printemps de 1923, par exemple, Anrep donne une série de conférences au Collège américain des médecins et chirurgiens et contribue à la création du laboratoire de réflexes conditionnels de Liddell à Ithaca. À l'été de 1924, Koupalov, assistant de Pavlov, visite le laboratoire de Liddell et reconnaît des signes de névrose expérimentale chez le mouton, animal que Liddell utilisait dans ses travaux.

Une fois implantée, la recherche sur les névroses expérimentales prend, aux États-Unis, trois orientations (Cain, 1959). Tandis que la première, peu représentée, reste relativement fidèle à la pensée pavlovienne, la deuxième s'inspire des théories behavioristes. La troisième orientation s'ajoute quelques années plus tard et se définit par l'apport de la psychiatrie, plus particulièrement des données psychanalytiques, par un intérêt pour la connaissance du rôle des motivations et des pulsions dans le déroulement des comportements. Les deux dernières orientations sont représentées par des chercheurs réputés : Liddell et Gantt, pour le deuxième courant, et Masserman, pour l'orientation issue de l'apport de données psychanalytiques.

Si les recherches regroupées sous l'intitulé de « névroses expérimentales » ont permis d'accumuler une quantité appréciable de données intéressantes sur la genèse des dysfonctionnements comportementaux et ont souligné l'importance de l'étude empirique de ces troubles, les rapports entre les névroses expérimentales et les vraies névroses humaines posent de nombreux problèmes.

L'analogie de dénomination ne traduit pas forcément une homologie de faits, d'autant plus que, comme le rappelle Cosnier (1966), le terme de névrose expérimentale fut choisi par Pavlov qui était physiologiste et non pas psychopathologiste. D'ailleurs, et il nous paraît important de le souligner, Pavlov lui-même était conscient qu'une analogie entre les névroses expérimentales et humaines était impossible à établir<sup>7</sup>.

Les critiques formulées à l'égard des névroses expérimentales font surtout état du caractère artificiel des conditions d'expérience (qui n'ont rien en commun avec les conditions normales) et, comme l'écrivait Maier<sup>8</sup>, du fait que, d'une part, les symptômes n'étaient pas suffisamment profonds pour être convaincants et que, d'autre part, la névrose chez les animaux était impossible parce que ces

sujets inférieurs manquaient d'imagination, qu'ils ne pouvaient pas avoir de conflit sexuel, ni présenter de changement permanent de la personnalité.

Si les critiques sont souvent justifiées et doivent être considérées lorsqu'on fait le bilan des recherches consacrées aux névroses expérimentales, dans d'autres cas elles prennent un caractère anecdotique. Masserman (1946) raconte dans une publication consacrée à ses recherches sur les névroses expérimentales des chats, que lors d'une période de discussion qui suivait sa présentation devant un groupe de psychiatres et de psychanalystes, on lui demanda d'expliquer comment il pourrait justifier l'utilisation du mot « névrose » pour décrire le comportement aberrant présenté par ses sujets expérimentaux, en tenant compte du fait que la névrose est « toujours » le résultat d'un conflit œdipien non résolu et qu'aucun des chats participant à son expérience n'avait connu son père !...

## 2. Catatonie expérimentale

Les propriétés de la bulbo-capnine<sup>9</sup> ont commencé à être étudiées longtemps avant l'utilisation de cette substance pour la réalisation expérimentale de la catatonie (Baruk, 1964). En effet, la physiologie de la bulbo-capnine est étudiée par Mode, en 1892 et, douze ans plus tard, par Peters. Ce dernier signale une sorte de narcose et une immobilisation spéciale, notamment chez le chat. En 1921, de Jong reprend l'étude des effets de la bulbo-capnine chez le chat et se demande, comme l'avait d'ailleurs fait Peters auparavant, si la bulbo-capnine ne déterminait pas la catalepsie. À partir du fait que chez le chat sous bulbo-capnine, il ne s'agissait pas d'un maintien absolu des attitudes et que les courants d'action musculaire se maintenaient, de Jong conclut qu'il ne s'agissait pas d'une catalepsie bulbo-capnine.

Les recherches sur la catatonie expérimentale reprennent cependant lorsque de Jong rencontre Baruk à la Société de Neurologie de Paris. Les travaux se réalisent à Paris, dans le laboratoire du P<sup>r</sup> Claude, où Baruk travaille comme chef de clinique, puis à Amsterdam, dans le service du P<sup>r</sup> Brouwer, où travaille de Jong et à l'Institut du cerveau du P<sup>r</sup> Kappers. Une première communication sur la catatonie expérimentale a lieu en juin 1928 à la Société de Neurologie de Paris et une monographie est publiée en 1930.

La collaboration entre Baruk et de Jong infirme premièrement les arguments qui avaient conduit précédemment de Jong à abandonner l'idée de la catalepsie

bulbocapnine (Baruk, 1964). En effet, en clinique humaine, la conservation des attitudes n'est pas absolue : les membres, par exemple, placés en l'air, s'abaissent lentement. D'autre part, les résultats des recherches faites à Vienne, par Frohlich et Mayer, qui niaient l'existence de courants d'action dans les muscles d'un cas de catalepsie humaine étaient dus à une erreur de technique. De plus, Baruk et Thévenard, de même que d'autres chercheurs après eux, avaient montré qu'il existe des courants d'action dans les muscles des catatoniques. Toutes ces précisions rendaient tout à fait comparables les modifications observées en clinique humaine et celles provoquées, par la bulbocapnine, chez l'animal.

En même temps, la collaboration de Baruk avec de Jong permet d'établir que chez l'animal, comme chez le malade, c'est l'initiative motrice spontanée qui est abolie<sup>10</sup>, tandis que les automatismes, notamment ceux d'équilibration, se manifestent tout à fait normalement. Les ressemblances entre l'homme catatonique et l'animal portent aussi sur les troubles neurovégétatifs : salivation, trouble du rythme respiratoire, altérations électro-cardiographiques.

Sur la base des résultats obtenus par Baruk et de Jong, il fut possible de formuler les quatre lois de la catatonie expérimentale (Baruk, 1964).

- Loi de la série phylogénétique : la catatonie expérimentale n'est pas possible chez les animaux sans néo-cortex.
- Loi des stades : l'effet de la bulbocapnine est très différent selon les doses administrées. D'une façon générale, les petites doses réalisent le sommeil, les doses moyennes la catalepsie, les doses fortes l'épilepsie, et même la rigidité décérébrée. Les doses intermédiaires entre les doses moyennes et les doses fortes peuvent réaliser des hyperkinésies variées.
- Loi de la diffusion des actions toxiques psychotropes : l'intensité de la catatonie expérimentale est proportionnelle à la diffusion de l'imprégnation toxique cérébrale. La catatonie est impressionnante dans le cas d'une imprégnation diffuse de tout le cerveau, appréciable lorsque tout le cortex est imprégné, et absente quand l'imprégnation toxique est localisée à un seul lobe.
- Loi des corrélations vasculo-psychiques : la bulbocapnine détermine, en même temps que la catatonie, des perturbations importantes de tout l'arbre circulatoire (au niveau du cœur, de la circulation cérébrale, des vaisseaux périphériques, etc.). Il y a une corrélation entre la diminution de l'irrigation cérébrale et la catatonie expérimentale par la bulbocapnine, corrélation qu'on retrouve aussi en clinique humaine.

Les résultats de Baruk et de Jong ont été vérifiés dans différents pays, en Europe et en Amérique. Certains chercheurs se sont centrés sur les détails sémiologiques, d'autres ont vérifié la constance des résultats obtenus sur d'autres espèces animales. La bibliographie concernant ces recherches a été passée en revue dans deux ouvrages importants de Baruk (1938 ; 1959).

En même temps, d'autres recherches ont été entreprises par Baruk et ses collaborateurs sur les substances catatonigènes, en vue de préciser l'étiologie toxique de la schizophrénie (Baruk, 1964). Parmi ces recherches, on doit citer celles de 1932 (auxquelles ont été associés Bidermann, Albane et Bertrand) sur la catatonie expérimentale par méningo-encéphalite allergique tuberculeuse chez les animaux.

Un an après, Baruk réalise dans son laboratoire de la Maison nationale de Charenton une catatonie expérimentale par la toxine neurotrope du colibacille intestinal. En 1934, Baruk et Camus découvrent un autre principe catatonigène qu'ils appellent la catatonine biliaire. Cette substance est découverte dans la bile de tubage duodénal de différents patients (certains schizophrènes, certains malades ictériques ou avec rhumatisme chronique) et produit la catatonie expérimentale, notamment chez le pigeon.

Les recherches ont montré que non seulement il était possible de produire en laboratoire des perturbations psychomotrices du type catatonique de schizophrénie, mais aussi que différentes substances peuvent avoir un effet catatonigène. L'impact de ces recherches au plan thérapeutique n'a pas été significatif et la baisse importante de la prévalence du type catatonique de schizophrénie (actuellement rare en Europe et en Amérique du Nord) n'est pas le résultat direct des recherches de Baruk, de de Jong et de leurs collaborateurs. Leur mérite, par contre, est d'avoir contribué au développement de la psychopathologie expérimentale et d'avoir attiré l'attention sur l'importance de l'étude biochimique des psychoses.

### **3. Exemple d'étude expérimentale des troubles psychopathologiques présentés par des patients**

La présentation des études consacrées aux névroses et à la catatonie illustre comment les chercheurs ont tenté, chez des animaux, de **produire**, de manière



expérimentale, les phénomènes psychopathologiques humains. Cet objectif peut aussi être atteint par d'autres moyens (Huber, 1987), comme l'induction, chez l'homme, d'états de conscience altérés<sup>11</sup> ou les expériences analogues humaines<sup>12</sup>. Mais la psychopathologie expérimentale, telle que nous l'avons définie en accord avec Kimmel (1971) implique aussi l'étude expérimentale des phénomènes psychopathologiques présents chez des patients<sup>13</sup>. L'objectif de pareilles recherches est de mieux connaître les troubles psychopathologiques, de mettre en évidence leurs caractéristiques. Pour cela, le chercheur manipule les variables correspondant aux dimensions considérées comme caractéristiques pour le trouble psychopathologique étudié et compare les résultats obtenus pour un groupe clinique à ceux d'un groupe de sujets normaux et/ou d'autres groupes diagnostiques.

Le thème choisi dans ce chapitre pour présenter l'étude expérimentale des troubles psychopathologiques existants chez des patients psychiatriques est l'étude de la vitesse de traitement de l'information chez les personnes ayant été diagnostiquées comme schizophrènes. Pour contrôler de manière très précise la durée des impulsions informationnelles dirigées vers le système nerveux central, les chercheurs utilisent un procédé qui permet de savoir combien de temps un stimulus informationnel reste disponible pour être traité. Ce procédé, dénommé masquage visuel, implique la présentation, en succession temporelle très rapprochée, d'un stimulus informationnel (**la cible**) et d'un stimulus non informationnel (**le masque**), qui limite la durée de la cible.

Dans le champ de la schizophrénie, le procédé du masquage visuel a été utilisé, pour la première fois, par Saccuzzo *et al.* (1974) dans une recherche où ils ont comparé la vitesse de traitement de l'information visuelle chez des patients diagnostiqués comme schizophrènes chroniques non paranoïdes et paranoïdes avec celles établies chez des patients psychiatriques non schizophrènes et chez des sujets normaux. Pour minimiser l'effet des différences liées à la mémoire de courte durée, Saccuzzo *et al.* ont utilisé une tâche de discrimination forcée à deux choix, où la cible était soit un « T », soit un « A », le sujet devant rapporter laquelle de ces deux cibles était présentée. La durée de présentation de la cible avait été évaluée initialement, sans masque, afin d'assurer une identification correcte dans 80 % des présentations. Le masquage avait lieu après la cible<sup>14</sup>, à des intervalles différents (25, 50, 60, 200 et 300 msec) qui se succédaient au hasard. Un contrôle sans masque (représentant un retard infini du masque) était aussi utilisé. Les résultats obtenus montrent que, par rapport aux autres sujets,

les deux groupes de patients schizophrènes ont besoin de plus de temps pour traiter l'information. De plus, pour atteindre la performance-critère sans masque, les patients chroniques non paranoïdes avaient besoin de durées de présentation significativement plus longues.

À partir de cette recherche de 1974, une série d'études a été menée pour approfondir les connaissances quant à la vitesse de traitement de l'information visuelle chez les patients schizophrènes. Le fait que les performances de ces patients soient moins bonnes à presque toutes les tâches qui leur sont administrées est considéré comme l'expression d'une détérioration généralisée. Pour établir si le déficit noté lorsqu'on utilise le procédé de masquage (et donc, la lenteur du traitement de l'information) constitue une spécificité liée à la pathologie sous-jacente à la schizophrénie ou une manifestation de la détérioration généralisée, il s'est avéré nécessaire de constituer un groupe contrôle pour la détérioration généralisée. Sur la base des ressemblances frappantes qui existent entre les déficits psychologiques des schizophrènes et ceux des personnes âgées (lorsque celles-ci sont comparées à de jeunes adultes), Saccuzzo (1977) a suggéré d'utiliser un groupe contrôle pour la détérioration généralisée constitué de personnes âgées. Une telle expérimentation, réalisée par Brody *et al.* (1980), avec des patients schizophrènes, des sujets âgés et des jeunes adultes normaux, montre que la performance obtenue par les schizophrènes lors de l'utilisation du procédé de masquage est fondamentalement différente de celle des sujets âgés et constitue donc une caractéristique de la pathologie schizophrénique.

Une autre question soulevée par le déficit que les schizophrènes présentent lors de l'utilisation du masquage est la stabilité de ce déficit par rapport aux différentes phases de l'évolution de la schizophrénie. Miller *et al.* (1979) ont évalué la performance au procédé de masquage de personnes diagnostiquées antérieurement comme schizophrènes, mais qui ne présentaient pas, au moment de l'étude, des symptômes majeurs et qui vivaient en milieu ouvert. Les résultats obtenus montrent que les schizophrènes en phase de rémission présentent un déficit significatif lorsqu'ils sont comparés aux normaux. Ceci a conduit Miller *et al.* à la conclusion que la lenteur du traitement de l'information constitue un trait durable, plutôt qu'un état transitoire, de la pathologie schizophrénique.

Cette conclusion est légèrement remaniée et précisée grâce aux résultats obtenus par Saccuzzo et Braff (1981) qui constatent que la lenteur du traitement de l'information constitue un **trait** des patients schizophrènes pour lesquels on a

établi un mauvais pronostic d'évolution, et dont la pathologie aurait des bases génétiques. Dans ce cas, le déficit décelé en situation de masquage est prononcé pendant toute la durée de l'hospitalisation des patients étudiés. Par contre, cette lenteur ne serait qu'un **état** chez les patients ayant un bon pronostic prémorbide et pour lesquels il n'y a pas de preuve que la pathologie a des déterminants génétiques. Chez ces patients, le déficit au procédé de masquage n'est présent qu'au cours des stades précoces de l'affection.

D'autres recherches ont été conçues pour tester l'hypothèse que la lenteur du traitement de l'information était présente, avant même le début des symptômes, chez les schizophrènes pour lesquels on avait établi un mauvais pronostic d'évolution. Pour tenter de vérifier partiellement cette hypothèse, Saccuzzo et Schubert (1981) et, indépendamment d'eux, Braff (1981) ont évalué des sujets présentant une personnalité schizotypique, trouble non psychotique considéré comme étant lié, du point de vue génétique, à la schizophrénie. Braff (1981), qui a utilisé des durées de présentations de la cible déterminées individuellement<sup>15</sup>, et Saccuzzo et Schubert (1981), qui ont gardé constante, pour tous les sujets, la durée de la cible, ont trouvé que les sujets diagnostiqués avec beaucoup de minutie comme ayant des personnalités schizotypiques présentent des altérations de la vitesse de traitement de l'information.

Les résultats obtenus en utilisant le masquage visuel valident l'approche, par le traitement de l'information, de la schizophrénie et des troubles en relation avec elle. Ceci a une importance théorique majeure car, comme Yates (1966) l'avait souligné, le ralentissement de la vitesse de traitement de l'information constituerait le déficit primaire dans la schizophrénie. Pour Saccuzzo et ses collaborateurs, tout comme pour Yates, le ralentissement en question serait la cause majeure des troubles de la pensée des patients schizophrènes. Dans ce contexte, il est aussi important de mentionner que l'approche présentée a conduit à l'élaboration d'interventions thérapeutiques conçues pour corriger, chez les schizophrènes, les déficiences du traitement de l'information (Magaro *et al.*, 1986). L'exemple choisi pour illustrer l'étude expérimentale des troubles psychopathologiques présentés par des patients montre que non seulement cette direction de recherche contribue à une meilleure compréhension des troubles en question, mais qu'elle peut aussi avoir des implications pour la pratique.

## Résumé

En 1903, Pavlov utilise pour la première fois le terme de psychopathologie expérimentale et souligne l'importance, pour la compréhension de la pathologie, de l'expérimentation sur l'animal. La psychopathologie expérimentale est l'approche consacrée à l'étude du comportement pathologique expérimental ou à l'étude expérimentale du comportement pathologique.

À partir de 1912, l'école de Pavlov – et, en premier lieu, Yerofeeva et Shenger-Krestovnikova – commence et développe les recherches dans le domaine des névroses expérimentales. Celles-ci ont permis d'accumuler une quantité appréciable de données sur la genèse des dysfonctionnements comportementaux. Les rapports entre les névroses expérimentales et les vraies névroses humaines posent, cependant, de nombreux problèmes. Une des principales critiques porte sur le caractère artificiel des conditions d'expérimentation.

Une seconde direction de recherche est mise en place par Baruk et de Jong qui, dans les années 1928-1930, commencent à étudier la réalisation chez l'animal, de la catatonie. Les recherches ont attiré l'attention sur l'importance de l'étude biochimique des psychoses et ont montré qu'il est possible de produire en laboratoire – à l'aide, notamment, de la bulbocapnine – des perturbations psychomotrices du type catatonique de la schizophrénie. L'impact de ces recherches au plan thérapeutique n'a, toutefois, pas été significatif.

L'étude expérimentale des troubles psychopathologiques présentés par les patients psychiatriques peut être illustrée par les recherches sur la vitesse de traitement de l'information chez les personnes qui présentent une schizophrénie. Les résultats obtenus avec le procédé du masquage visuel révèlent un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information et ont conduit à l'élaboration d'interventions spécifiques visant à corriger cette déficience.

1. Les méthodes **historiques** impliquent l'observation détaillée, mais pas toujours systématique, de certains comportements, pendant une certaine période de temps. Les méthodes **descriptives** incluent l'observation systématique par l'enregistrement de divers comportements, notamment dans le but d'obtenir des données normatives. La méthode corrélationnelle, qui permet de mettre en relation différents phénomènes, fait partie des méthodes descriptives (Sabourin, 1988).
2. Cette manipulation conduit à des variations délibérément « provoquées ». Dans certains cas, l'expérimentateur peut utiliser des variations « invoquées » (il considère les valeurs de la variable dépendante dans des groupes qui diffèrent sous l'angle de variables indépendantes qu'il ne peut pas modifier directement : par exemple, l'âge, le sexe, le milieu social des sujets, etc.).
3. Le lecteur qui désire approfondir son information sur la méthode expérimentale peut consulter les ouvrages de Christensen (1977), Reuchlin (1972 ; 1973), Robert (1988), Robinson (1976).
4. Jacques Cain (1959) mentionne, dans la bibliographie finale de son ouvrage, la thèse de Yerofeeva sur « La stimulation électrique de la peau du chien en tant qu'excitant conditionnel du travail des glandes salivaires » (1912) et deux de ses publications de 1913 intitulées « La physiologie des réflexes conditionnés détruits ».
5. Cain (1959) cite Petrova (1945) et Rosenthal (1926) qui ont retrouvé, grâce à l'expérimentation, les syndromes cycliques connus chez l'homme. Il mentionne aussi Pavlov qui, en relation avec ces travaux, écrivait : « Si on les rapporte à l'homme, les états nerveux morbides que nous produisons correspondent pour une part importante aux affections connues sous le nom de **psychoses périodiques** ».
6. Giurgea (1986) résume ainsi ces relations :
  - le type mélancolique (faible) est le plus sensible à toutes les modalités névrogènes et, en particulier, à une surcharge de l'excitation ;
  - le type colérique (fort/déséquilibré) est sensible, surtout, à une surcharge de l'inhibition ;
  - le type flegmatique (fort/équilibré/inerte) est particulièrement sensible à la surcharge de la mobilité ;
  - le type sanguin (fort/équilibré/mobile) est le plus résistant aux trois modalités névrogènes, mais on peut, toutefois, provoquer chez lui aussi un état névrotique, en rendant les tâches de plus en plus difficiles, en l'empêchant de dormir, en l'isolant, en provoquant des troubles hormonaux, etc.
7. En 1931, Pavlov écrivait : « Établir sérieusement une analogie entre les états névrotiques de nos chiens et les différentes névroses des hommes est une tâche vraisemblablement hors de portée, à nous physiologistes qui ne connaissons pas à fond la neurologie humaine ». Cette prudence ne l'empêchait pas de souligner l'importance de l'expérimentation animale : « Cependant je suis convaincu que la solution ou que l'essentiel de la solution d'un grand nombre de problèmes importants concernant l'étiologie, la systématisation naturelle, le mécanisme et enfin le traitement des névroses chez les êtres humains est entre les mains de celui qui expérimente chez les animaux » (Cosnier, 1966).
8. Maier travaillait depuis longtemps sur l'apprentissage à l'Université du Michigan. Très tôt au courant des travaux de Liddell et de Gantt, il introduit la notion de frustration pour expliquer l'apparition des troubles névrotiques chez l'animal. Conformément à Maier, si le chat présente un comportement névrotique lorsqu'il reçoit un choc au lieu de la nourriture qu'il attend, c'est parce qu'il est frustré dans son attente (Cain, 1959).
9. La bulbocapnine est un alcaloïde extrait d'une plante bulbeuse, la *Corydalis cava* (famille des Fumariaceae). Sa formule chimique,  $C_{19}H_{19}O_4N$ , est voisine de celle de l'apomorphine (Baruk, 1964).
10. Comme les différentes substances catatonigènes produisent des perturbations de la volonté, suspendent le fonctionnement de l'initiative et du frein volontaire, Baruk (1964) les considère comme des véritables « poisons électifs de la volonté ».
11. L'induction artificielle d'états de conscience altérés chez l'homme (réalisée généralement à l'aide de l'alcool, de différentes drogues ou de l'hypnose) pose, sans doute, de nombreux problèmes, notamment éthiques. Cette direction de recherche a permis l'étude de certains processus cognitifs associés aux troubles psychiques.

12. Les expériences analogues humaines visent l'analyse des processus et mécanismes qui interviennent dans le développement des troubles psychiques. Ces expériences ne portent que sur des aspects ou des situations comparables, analogues aux vrais troubles. Huber (1987) cite comme exemple la création de situations d'anxiété ou de « dépression » (en proposant au sujet des problèmes difficiles ou impossibles à résoudre, en ayant recours à la privation sensorielle, à l'hypnose ou aux jeux de rôle) et l'observation de la façon dont l'individu y réagit.

13. Pour Huber (1987), la psychopathologie expérimentale ne comprend que les recherches destinées à l'étude expérimentale des phénomènes psychopathologiques déjà présents.

14. Dans une étude plus récente, Braff et Saccuzzo (1985) ont trouvé que le déficit des schizophrènes à l'épreuve avec masquage est lié à un intervalle entre la fin de la présentation de la cible et le début du masque compris entre 50 et 500 msec.

15. Dans cette étude, aucun sujet à personnalité schizotypique n'était sous médication. Il est cependant intéressant de mentionner que la médication n'affecte pas la performance des sujets schizophrènes à une épreuve avec masquage.

# **Chapitre 11**

## **Psychopathologie phénoménologique**

### **Sommaire**

- 1. Binswanger et la mélancolie**
- 2. Développements récents : l'étude phénoménologique de l'hospitalisation en psychiatrie**
- 3. Fondements de la méthode phénoménologique de recherche**

La psychopathologie phénoménologique tire ses origines de la philosophie allemande du même nom et, plus particulièrement, de l'œuvre de Husserl et de Heidegger. Ces origines sont décrites, en détail, dans plusieurs ouvrages de base, parmi lesquels ceux de Lanteri-Laura (1963) et de Lyotard (1964). L'apport de la phénoménologie a conduit à une pluralité de points de vue en psychopathologie, fait qui apparaît de manière évidente à la lecture des contributions de Jaspers, Minkowski, Binswanger ou von Gebsattel.

Deux démarches sont plus connues. La première, qu'on peut qualifier de descriptive, proche de la psychologie empirique descriptive des phénomènes (Beauchesne, 1986), est celle de Karl Jaspers (1883-1969), présentée dans son livre *Psychopathologie générale* (1913), traduit en français en 1928. Dans cette acception, la psychopathologie s'occupe surtout de ce que les malades vivent, étudie leurs états d'âme, vise à dévoiler des significations.

La seconde démarche est celle de Ludwig Binswanger (1881-1966), beaucoup plus imprégnée de références philosophiques et connue surtout grâce aux études sur la schizophrénie, la manie<sup>1</sup> et la mélancolie (Binswanger, 1957 ; 1987). Le travail de Binswanger conduit à la *Daseinsanalyse* (Binswanger, 1971), thérapeutique, ou plutôt « attitude partant de la compréhension de l'homme en situation », « travail de mise au jour de l'être homme dans toutes ses formes et tous leurs mondes », très peu répandue en raison de sa complexité.

La diffusion et la compréhension de la psychopathologie phénoménologique (notamment en dehors des pays germaniques) ont été entravées par le langage philosophique de ses auteurs. Au cours des quinze dernières années, nous assistons, en France, à un regain d'intérêt pour cette approche et à la parution de quelques ouvrages importants, parmi lesquels celui de Tatossian (1979) *Phénoménologie des psychoses* et celui publié sous la direction de Fedida (1986), intitulé *Phénoménologie, psychiatrie et psychanalyse*.

C'est surtout après la Deuxième Guerre mondiale que la phénoménologie a pénétré en Amérique du Nord (Gay, 1969), notamment dans le champ de la psychologie, moins influencée aux États-Unis par la théorie husserlienne à laquelle elle reprend, toutefois, certains principes directeurs (Thinès, 1980 ; Bachelor & Joshi, 1986). L'Université Duquesne est devenue le principal centre de recherche et de formation en psychologie phénoménologique (Giorgi, 1966 ; 1971 ; 1975a et b ; 1983 ; von Eckartsberg, 1971 ; Fischer, 1974). L'équipe de cette université édite aussi, à partir de 1971, une prestigieuse revue, *Journal of*



*Phenomenological Psychology.* Aux États-Unis, la psychologie phénoménologique s'est surtout développée comme une approche, voire une méthodologie, de plus en plus rigoureuse, et cette méthodologie commence à être utilisée dans différents projets de recherche psychopathologique.

La présentation, dans ce chapitre, de la psychopathologie phénoménologique commence par une des contributions classiques européennes dans ce champ, celle de Binswanger. Celle-ci est suivie par une section du chapitre consacrée à un développement récent, l'application de l'approche phénoménologique à l'étude de l'hospitalisation en psychiatrie. Le chapitre se termine par une esquisse des fondements de la méthodologie phénoménologique de recherche.

## 1. Binswanger et la mélancolie

L'approche phénoménologique sera illustrée dans cette première section à partir des études de Binswanger (1987) sur la mélancolie, textes parus en allemand, en 1960. Dans son avant-propos, Binswanger précise qu'il ne s'agit pas d'études cliniques, mais d'une contribution à la méthodologie psychiatrique inspirée de la phénoménologie pure et transcendantale de Husserl. En fait, comme le précise Pélicier (1987), « le substrat méthodologique est fourni à la fois par Husserl (intentionnalité<sup>2</sup>) et par Heidegger (dégagement du *Dasein*<sup>3</sup> et de ses formes psychiatriques). On se propose ainsi de comprendre le monde du malade et d'en repérer les moments structuraux ».

L'exemple choisi concerne, en bonne partie, l'étude du temps<sup>4</sup> et se base sur deux cas cités dans le texte sur *La rétrospection mélancolique* (Binswanger, 1987). Le premier cas est celui de Cécile Münch, une Suissesse âgée de 46 ans qui perdit son mari, dans un accident ferroviaire, cinq mois avant son hospitalisation dans la clinique de Bellevue, située à Kreuzlingen<sup>5</sup>. La perte de son mari l'avait plongée dans un état de profonde dépression, avec insomnie, refus alimentaire et plaintes incessantes dont le point central était le fait que c'était elle qui avait proposé l'excursion au cours de laquelle l'accident eut lieu. De plus, peu avant l'accident, son mari avait changé de place, dans le train, avec un ami qui s'en tira vivant. Cet événement fit naître, chez Cécile une très forte haine à l'égard de cet homme.

Voici, en quelques lignes, l'histoire de cette patiente. Mais, quelle est la question que Binswanger se pose à propos de Cécile Münch ? « Devant ce cas

clinique de mélancolie », écrit Binswanger, « nous ne posons donc pas la question de savoir comment la symptomatologie clinique et donc l'auto-reproche mélancolique sont dérivables **des dominantes de la structure de personnalité**, de la constitution caractériologique et morphologique, du tempérament, de l'hérédité..., etc., mais nous posons la question : Qu'est-il survenu effectivement ici ? », en d'autres termes « Que s'est-il produit ici dans le survenir transcendantal du Dasein ? ».

Pour répondre à cette question, Binswanger nous renvoie à Husserl qui dans ses *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps*, comprend « le temps » à partir de l'intentionnalité et étudie la constitution, dans la conscience subjective du temps, de l'objectivité temporelle, et donc des « objets » temporels noématiques<sup>6</sup> ou intentionnels : passé, présent, avenir. Husserl désigne les moments structuraux intentionnels constitutifs des objets temporels (avenir, passé, présent) comme protention, rétention, présentation. Normalement, dans la structure de l'objectivité temporelle, la **protention**, la **rétention** et la **présentation** ne constituent pas des éléments isolés. Elles ne sont pas dissociables, elles s'intriquent et assurent ainsi la structure du « à propos de quoi » (*Worüber*).

La recherche qu'entreprend Binswanger a justement pour objectif de dévoiler les « modes déficients » de ces trois dimensions et de leur interaction. Pour cela, il examine l'autoreproche mélancolique : « Si je n'avais pas proposé l'excursion » ou bien « si seulement je ne l'avais pas proposée (alors mon mari serait encore en vie, alors je serais encore heureuse et pleine de joie de vivre, alors je n'aurais pas à me faire de reproches, etc.) ». Ce discours du « si », du « si... ne pas », du « si j'avais » ou du « si je n'avais pas » nous offre une série de renseignements sur ce que Binswanger appelle « le relâchement des fils des moments structuraux intentionnels de l'objectivité temporelle ». En voici l'explication. Là où il est question de possibilités, il s'agit d'actes protentifs. Or, le discours de la patiente montre que ce qui est possibilité (possibilité libre) se retire dans le passé (qui, normalement, ne contient pas de possibilités) et constitue, en fait, une possibilité vide. Nous constatons ainsi que la rétention se confond avec la protention, que la protention est ainsi altérée, vide. Le « processus » tout entier, la continuité de la temporalisation (tout comme de la pensée en général) est altéré et la protention n'a plus de « à propos de quoi », plus rien qu'il lui resterait à « produire » si ce n'est, pour reprendre la formulation de Binswanger, « l'objectivité temporelle du vide **à venir** ou du vide

**en tant qu'avenir** ». Rajoutons qu'une présentation véritable est elle aussi impossible car elle ne peut exister qu'en s'étayant sur une rétention et une protention.

Afin de vérifier l'analyse faite pour Cécile Münch, Binswanger présente et discute un second cas. Commerçant âgé de 45 ans, David Bürge se plaint durant toute une année que sa dépression venait du fait de s'être porté caution d'une somme considérable mais qui, en fait, ne pouvait pas le ruiner. « Si je n'avais pas fait la bêtise d'assumer cette caution je ne serais pas tombé malade » disait Bürge qui était persuadé qu'il n'allait jamais récupérer l'argent. Le fait de le récupérer, un jour, n'eut aucun effet. Le thème de la caution et de sa ruine perdit toute importance, mais laissa sa place à un autre thème mélancolique, confirmant ainsi ce qu'une infirmière nota dans son cahier de rapport : « on voit que le patient se plaint parce qu'il doit se plaindre et qu'il saisit comme objet de ses plaintes ce qui lui tombe sous la main ».

Dans son commentaire, Binswanger montre qu'ici, comme chez Cécile Münch, la rétention est infiltrée de moments protentifs et vide de sens. Le cas de Bürge indique que la présentation, le « à propos de quoi », le présent, est lui aussi altéré. En effet, c'est dans le « à propos de quoi » nous parlons (appelé aussi thématique) que l'unité des actes intentionnels rétentifs et protentifs se réalise. Si ceux-là sont altérés, alors la présentation, comme l'écrit Binswanger, reste comme suspendue en l'air.

Ce second cas contribue à l'approfondissement de la connaissance de la mélancolie, en mettant de plus en évidence la fragilité ou la précarité du « contenu » mélancolique. Binswanger souligne que « même dans des contenus mélancoliques en apparence motivés et fondés psychologiquement, nous ne devons pas voir quelque chose de purement réactionnel **psychologiquement**, mais l'expression d'une maladie (endogène) ».

## 2. Développements récents : l'étude phénoménologique de l'hospitalisation en psychiatrie

Réalisée au cours des dernières années, une importante étude subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale est consacrée à l'expérience de l'hospitalisation en psychiatrie. Dans une partie de leur volumineux rapport final

(634 pages plus annexes), Letendre *et al.* (1988) regroupent les publications américaines, en fonction du choix méthodologique des auteurs, en recherches quantitatives et qualitatives. Les auteurs de cette étude québécoise classent ensuite les seize recherches qualitatives disponibles, en tenant compte du présupposé épistémologique de chacune d'elles. Le résultat est un regroupement en fonction de trois modèles, médical, social et phénoménologique, qui se reflètent dans toute la démarche empirique : choix du problème à explorer, recueil des données, instruments, analyse des données, interprétation des résultats. La décision d'utiliser l'étude de Letendre *et al.* pour illustrer comment se concrétise actuellement, en Amérique du Nord, l'approche phénoménologique se justifie non seulement par l'importance et l'actualité du thème abordé (l'expérience de l'hospitalisation en psychiatrie) mais, aussi, par la possibilité qu'elle offre de comparer le modèle phénoménologique de recherche à deux autres modèles de recherche qualitative, les modèles médical et social.

**Modèle médical.** Ce modèle, dans sa forme typique, peut être défini en utilisant plusieurs assertions : (1) la « maladie mentale » a des causes individuelles, internes ; (2) les comportements des « patients » sont déterminés par ces causes ; (3) les personnes peuvent être classées comme saines ou comme malades ; (4) le diagnostic sert à départager les malades des personnes saines et à décrire les différentes composantes étiologiques et comportementales des malades ; (5) les professionnels possèdent le savoir sur ce qu'est la maladie mentale (et, donc, un certain pouvoir). Les chercheurs qui adoptent ce modèle font des recommandations visant l'élargissement du pouvoir des professionnels, ne remettent nullement en cause les fonctions de l'hôpital autrement que pour consolider ses bases, s'érigent (comme les professionnels) en « experts », nient le discours des personnes hospitalisées en psychiatrie.

Trois recherches effectuées conformément au modèle médical utilisent l'entretien comme principale source d'information pour étudier le processus de chronicisation (Sommer & Witney, 1961), les perceptions qu'ont les psychiatisés d'eux-mêmes et de l'hôpital (Bergen & Thomas, 1969) ou les possibilités de réhabilitation (telles qu'elles ressortent des buts, des ambitions, du désir de changer quelque chose dans la vie) étudiées chez les résidents d'un *board-and-care-home* (Lamb, 1979). Une autre méthode, l'observation participante (plus précisément, la méthode des pseudo-patients) est employée dans quatre autres recherches s'inscrivant dans le modèle médical (Deane, 1961 ; Ishiyama *et al.*, 1967 ; Goldman *et al.*, 1970 ; Rosenhan, 1973).

Dans la recherche de Rosenhan (1973), sans doute la plus connue, huit personnes simulant la présence d'hallucinations auditives (un psychiatre, un pédiatre, quatre psychologues, un peintre, une ménagère) se sont fait admettre, dans douze hôpitaux différents, pour des séjours variant entre 7 et 52 jours. Cette recherche met en évidence la relativité du diagnostic psychiatrique (les pseudo-patients ont été diagnostiqués dans onze cas comme schizophrènes et, dans un cas, comme maniaco-dépressif) et l'impossibilité de distinguer les malades mentaux des normaux. En effet, aucun pseudo-patient n'a été identifié comme tel par le personnel et seuls certains « vrais » patients ont eu des doutes. Lorsque les pseudo-patients adoptaient des comportements tout à fait normaux au cours de leur hospitalisation, ceux-ci étaient interprétés, par le personnel, en fonction du diagnostic posé, fait qui explique pourquoi la recherche de Rosenhan (1973) a été fréquemment citée par les adeptes de la théorie de l'étiquetage. Cette recherche met aussi en évidence les caractéristiques du mode de vie des patients (sentiments d'impuissance, privation d'intimité, dépersonnalisation) et décrit la structure de l'hôpital, avec des espaces distincts pour les patients et pour le personnel, avec une organisation hiérarchique très typique qui fait que le personnel qui a le plus de pouvoir a peu de contacts avec les patients. Devant de tels résultats, très critiques quant au mode de vie institutionnel et concordants avec ceux obtenus dans d'autres études, on peut se demander pourquoi des recherches comme celle de Rosenhan ont été classées dans le groupe « modèle médical ». La réponse de Letendre *et al.* (1988) est que cette décision a été prise sur la base des présupposés contenus dans toutes ces recherches : (a) il y a des individus sains et des individus malades ; (b) des chercheurs-personnes saines se font passer pour des patients afin d'étudier la vie hospitalière.

**Modèle social.** Ce modèle, développé en réaction au modèle médical, peut être caractérisé par les cinq énoncés suivants : (1) l'hospitalisation est le résultat de la déviance des sujets ; (2) la déviance a des causes sociales et externes aux sujets ; (3) les comportements et attitudes des hospitalisés sont le résultat d'une situation sociale oppressante ; (4) l'hôpital psychiatrique est une société qui a des buts précis et qui possède ses propres règles et valeurs ; (5) la personne hospitalisée développe des stratégies, des attitudes, des comportements qui ne sont en relation avec aucune pathologie, mais plutôt avec un système d'interaction sociale en vue d'une adaptation.

Ces caractéristiques démontrent que le modèle social est très différent du modèle médical analysé précédemment. Sur certains points, cependant, le

modèle social rejoint le modèle médical. En effet, les deux annulent le discours des psychiatrisés, recherchent des causes, tiennent un discours « d'expert » qui fait que la communication du savoir a lieu dans un seul sens, interprètent les situations et les comportements des personnes selon des catégories établies dès le départ.

Letendre *et al.* (1988) ont identifié quatre recherches qui illustrent le modèle social (Caudill *et al.*, 1952 ; Goffman, 1961 ; Pine & Levinson, 1961 ; Perucci, 1974). Parmi celles-ci, la recherche de Goffman, dont la version française porte le titre *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux* (1968), est sans doute la plus connue. En effet, Goffman décrit avec beaucoup de précision la situation du malade, l'hôpital psychiatrique et théorise le fonctionnement de celui-ci.

Pour Goffman, l'hôpital psychiatrique est une institution totalitaire dont la fonction est de prendre en charge des personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté. Au fur et à mesure que son séjour en institution se prolonge, le patient perd progressivement sa culture (« déculturation »). Le patient se dépersonnalise comme effet des différentes « techniques de mortification » : l'isolement du monde extérieur, la perte de ses anciens rôles, le dépouillement de ses biens, la dégradation de son image de soi, la violation de son intimité, etc. Goffman décrit aussi les différentes stratégies d'adaptation que peut utiliser le patient : (a) le repli sur soi ou la régression ; (b) l'intransigeance (refus de collaborer, mutisme) ; (c) l'installation (appréciation de la vie institutionnelle) ; (d) la conversion (adoption de l'opinion de l'administration et/ou du personnel à son égard et le fait de s'efforcer de jouer le rôle du parfait reclus : soumis, rigide et incolore)<sup>7</sup>.

Quadagno et Antonio (1975) critiquent les modèles médical et social parce qu'ils ne tiennent pas suffisamment compte du point de vue des personnes hospitalisées. Ils s'entretiennent avec 15 patientes hospitalisées en psychiatrie et constatent qu'elles rejettent le rôle passif qu'on tend à leur assigner et qu'elles résistent à l'étiquetage « malade mentale » en normalisant leurs difficultés (ces patientes disent que « tout le monde a des problèmes » et que ces problèmes résultent d'une vie stressée, de difficultés ou de maladies physiques). Letendre *et al.* (1988) examinent, eux aussi, ce dernier aspect et constatent, chez leurs sujets, une extrême préoccupation quant aux

possibles conséquences dévastatrices d'une identité de malade mental. Leurs résultats sont cependant moins univalents : un certain nombre de sujets finissent par adopter une telle identité, ce qui comporte aussi une série d'avantages.

Dans la seconde recherche, Stoneall et Schmitt (1984) tentent de connaître les perceptions qu'ont, de la maladie mentale, certains usagers d'un centre de jour et leurs proches. Comme Quadagno et Antonio (1975), Stoneall et Schmitt partent d'une critique du modèle médical (qui dénigre l'expérience du patient, en la considérant comme impossible à vérifier, bizarre, impressionniste) et du modèle social, notamment des travaux de chercheurs qui se sont basés sur la théorie de l'étiquetage et qui n'ont pas vraiment observé la vie de tous les jours des patients psychiatriques. Stoneall et Schmitt notent que les usagers ne s'étiquettent pas comme « fous » et disent avoir des problèmes, « être à bout », « avoir craqué ». Les patients attribuent leurs difficultés à l'inadéquation des autres ou à des causes physiques (naissance prématurée, accident, etc.). Les résultats de Letendre *et al.* (1988) vont dans le même sens, mais montrent aussi que les variations d'identité du sujet à cause de ses rapports avec la psychiatrie constituent un processus beaucoup plus complexe que le simple refus de l'étiquette de « fou ». Pour ce qui est des proches des usagers du centre de jour, Stoneall et Schmitt trouvent qu'en l'absence d'explications alternatives, ceux-ci acceptent l'étiquetage officiel qui les aide d'ailleurs à organiser leurs perceptions. En plus, les manifestations de la maladie sont utilisées par les proches pour justifier l'hospitalisation.

Bien que reconnu comme un ouvrage fondamental, le livre de Goffman fut l'objet de nombreuses critiques faisant état de ses faiblesses méthodologiques (surtout, au niveau du recueil des données, considéré comme insuffisamment rigoureux) et de son interprétation, exclusivement sociologique, des faits observés. À cela on pourrait rajouter un certain pessimisme qui ressort de la conclusion du livre, où Goffman écrit qu'il n'est pas en mesure « de suggérer un moyen plus adéquat de traiter les gens ».

**Modèle phénoménologique.** Il se démarque nettement des modèles présentés précédemment par deux caractéristiques principales : (a) il ne cherche pas les

causes d'une maladie ou d'une déviance ayant conduit à l'hospitalisation psychiatrique ; (b) il tente de connaître ce qu'est « l'expérience de la folie » à partir de ceux qui l'ont vécue et qui deviennent, ainsi, les principales sources d'information et de données.

Dans l'étude de Letendre *et al.*, deux recherches réalisées conformément au modèle phénoménologique sont répertoriées (Quadagno & Antonio, 1975 ; Stoneall & Schmitt, 1984)<sup>8</sup>. Il faut aussi souligner que l'étude de Letendre *et al.* adhère, en grande mesure, à ce modèle car elle s'intéresse aux interprétations et aux perceptions qu'ont les patients psychiatriques de leur situation.

En donnant la parole aux sujets psychiatisés, la recherche basée sur l'approche phénoménologique permet aux chercheurs et aux praticiens d'apprendre de l'expérience de ces sujets à mieux connaître leur vie de tous les jours. Il s'agit d'une recherche engagée socialement qui, en se développant davantage, pourra contribuer à un changement des politiques en matière de services psychiatriques.

### 3. Fondements de la méthode phénoménologique de recherche

Comme les autres méthodes qualitatives de recherche, la méthode phénoménologique se caractérise par le fait d'utiliser une approche holistique, d'employer une analyse inductive et de se dérouler sous la forme d'une enquête naturaliste (Patton, 1983). L'utilisation d'une **approche holistique** correspond au fait que le chercheur tente de comprendre les phénomènes et les situations de façon globale, sans limitation quant au nombre d'aspects à évaluer. Cette façon de concevoir la recherche est très différente de celle des plans expérimentaux de recherche, où l'on étudie des variables isolées et soigneusement définies, où l'on manipule et mesure les relations entre quelques variables attentivement choisies.

Dans l'approche hypothético-déductive utilisée lorsqu'on met en marche des plans expérimentaux, le chercheur doit identifier les variables importantes et doit formuler des hypothèses avant le recueil des données. Contrairement à ceci, les plans qualitatifs de recherche commencent avec des observations spécifiques, avec l'examen minutieux de cas individuels. Cette façon de procéder permet de préciser, au fur et à mesure que la recherche avance, les dimensions à étudier. Le fait de rejeter l'imposition d'attentes préalables concernant la situation de



recherche, le fait d'employer une **analyse inductive**, constitue donc la deuxième caractéristique de la recherche qualitative.

L'expérimentation classique vise le contrôle absolu de la situation de recherche. On évalue, dans ce cas, les effets de la manipulation de certaines variables en maintenant constantes toutes les autres variables qui pourraient, elles aussi, intervenir dans la situation respective. En utilisant des méthodes qualitatives, le chercheur n'opère aucune manipulation du milieu de recherche. Le fait de tenter de comprendre les phénomènes tels qu'ils surviennent naturellement constitue la justification même de l'utilisation de plans qualitatifs de recherche. C'est pourquoi on considère que le déroulement sous la forme d'une **enquête naturaliste** constitue la troisième caractéristique des méthodes qualitatives de recherche. Parce qu'elle vise l'évaluation d'une réalité changeante, cette enquête a une orientation dynamique, de type processus, qui n'exclut cependant pas la mise en évidence de lois générales sur la structure et le processus de l'expérience (von Eckartsberg, 1971).

En tant que méthode qualitative, la méthode phénoménologique présente les trois caractéristiques décrites plus haut, mais se différencie aussi par des caractéristiques qui lui sont propres. Selon Bachelor et Joshi (1986), la méthode phénoménologique « exige, dans un premier temps, une description soignée et systématique de ce qui est perçu dans l'expérience vécue et, dans un deuxième temps, elle vise à identifier et à élucider sa signification essentielle. Il s'agit de significations antérieures à toute supposition ou construit conceptuel ». En utilisant la méthode phénoménologique, le chercheur vise l'étude des significations et structures des phénomènes humains dans leur aspect **eidétique**, c'est-à-dire en fonction de leur nature fondamentale et de leurs constituants essentiels.

Après ces quelques précisions d'ordre général, considérons maintenant de manière plus détaillée certaines étapes de la recherche phénoménologique : le recueil des données, l'analyse des données recueillies, l'évaluation de la qualité des données recueillies, la vérification des résultats et des conclusions.

**Recueil des données.** En recherche phénoménologique empirique, le recueil des données peut se faire en utilisant quatre procédures différentes (Bachelor & Joshi, 1986) : (1) le témoignage personnel (*self-report*) ; (2) l'entretien ; (3) les procédés d'observation participante ; (4) les méthodes mixtes.

- Le témoignage personnel est obtenu suite à une demande écrite du chercheur. Il représente une description écrite de ce que le sujet ressent face à la situation ou au phénomène étudié. Le témoignage peut être obtenu d'un seul sujet, de plusieurs sujets, du chercheur lui-même et de un ou plusieurs sujets. Dans cette dernière situation, le chercheur note son vécu individuel par rapport à la situation ou au phénomène qu'il étudie et peut, ainsi, prendre conscience de ses propres biais ou préjugés.
- Lors de l'entretien, le chercheur interroge le ou les sujets qui participent à la recherche sur l'expérience qu'ils ont de la situation ou du phénomène étudié. L'entretien commence avec une question générale et se poursuit avec des questions de plus en plus précises. Comme dans le cas du témoignage personnel, l'entretien peut se faire avec un ou plusieurs sujets, incluant, dans certains cas, le chercheur lui-même.
- Les procédés d'observation participante se différencient en fonction du degré d'implication du chercheur dans la situation étudiée. En effet, celui-ci peut être un participant totalement intégré dans le groupe à l'étude, un participant-observateur, un observateur-participant, ou encore un simple observateur.
- L'utilisation, dans la même recherche, de méthodes multiples de recueil des données se fait en fonction de la situation étudiée et des objectifs visés par le chercheur. On peut, par exemple, combiner une méthode quantitative et une méthode qualitative, utilisées successivement pour l'étude de la même situation ou du même phénomène.

**Analyse des données.** Une fois les données de recherche recueillies, le chercheur procède à leur analyse. Dans une approche phénoménologique, l'analyse doit être inductive et doit permettre l'élucidation eidétique des situations ou des phénomènes étudiés. Selon De Koning (1979) et Bachelor et Joshi (1986), les opérations analytiques qui permettent d'identifier, à partir des données brutes, les caractéristiques structurales générales de la situation ou du phénomène étudié, comportent cinq étapes séquentielles distinctes :

- la perception du sens global, réalisée à partir d'une première lecture complète du texte à analyser ;
- la délimitation des unités de signification naturelle (constituées de phrases uniques ou consécutives), opérée en tenant compte de chaque transition de sens ;
- la délimitation du thème central, articulé autour d'une ou de plusieurs unités naturelles et exprimé dans le langage du sujet ;

- l'analyse du thème central en fonction des objectifs spécifiques de la recherche, en fonction de ce qu'il révèle sur le phénomène à l'étude, avec utilisation, cette fois-ci, d'un langage scientifique ;
- la définition, à partir d'une synthèse des résultats, de la structure fondamentale du phénomène étudié. Cette définition peut être relative, lorsque la description du phénomène inclut les aspects concrets et spécifiques de la situation de recherche, ou générale, lorsqu'on n'aborde que les aspects du phénomène qui sont communs à plusieurs situations identiques ou qui sont, même, universels.

L'analyse des données est faite par le chercheur, mais on considère que la participation d'au moins deux juges indépendants augmente la fidélité des résultats.

**Évaluation de la qualité des données recueillies, vérification des résultats et des conclusions.** Si dans l'état actuel du développement de la recherche phénoménologique, on peut affirmer que la rigueur méthodologique est grande pour le recueil des données et pour l'analyse de celles-ci, nous disposons de moins de règles décisionnelles concernant les étapes de confirmation et de vérification des résultats. Différentes stratégies disponibles pour la recherche qualitative en général peuvent toutefois être utilisées lorsqu'on adopte l'approche phénoménologique. Il s'agit de techniques d'évaluation de la qualité des données recueillies, de vérification des résultats par le biais des contrastes et d'évaluation des conclusions de la recherche (Miles & Huberman, 1984 ; Bachelor & Joshi, 1986).

La **qualité des observations ou des faits recueillis** peut être assurée en employant les différentes techniques qui seront évoquées ci-dessous :

- La vérification de la **représentativité** des faits recueillis, en établissant dans quelle mesure ceux-ci sont typiques, représentatifs ou indicatifs du phénomène étudié. Dans le cas où le chercheur risque de généraliser de manière inappropriée à partir de données recueillies auprès de sujets non représentatifs, il peut s'assurer la non-sélectivité de l'échantillon en augmentant, par exemple, le nombre de sujets ou en recherchant délibérément des cas contrastants (négatifs, extrêmes ou opposés).
- La vérification de la présence d'**effets en relation avec le chercheur**. Pour contrer les éventuels biais liés à ses effets sur le milieu, le chercheur peut, par exemple, clarifier son mandat auprès des sujets, demander à l'un de ces sujets d'examiner l'influence qu'il exerce, en tant que chercheur, sur le milieu et sur les sujets, ou encore rester le plus longtemps possible dans le milieu où il

effectue sa recherche. Lorsqu'il s'agit, par contre, de biais résultant des effets du milieu sur le chercheur, d'autres techniques peuvent être utilisées : faire examiner les données obtenues par un chercheur extérieur au projet en cours, en lui demandant de détecter les sources de biais, utiliser plusieurs méthodes pour le recueil des données, espacer les visites dans le milieu, etc.

En l'absence de mesures externes auxquelles comparer les résultats de son étude, le chercheur doit utiliser des indices internes provenant de **mesures indépendantes** de la situation ou du phénomène étudié, afin de démontrer que celles-ci sont consistantes avec ses propres résultats, ne les contredisent pas, et permettent ainsi une validation convergente.

– Les données recueillies ayant une valeur inégale (certaines sont plus « solides » ou valides que les autres) le chercheur peut procéder à leur **pondération**. Comme les données obtenues de sujets qui, par exemple, connaissent mieux ou sont plus proches de l'événement qui intéresse le chercheur sont « meilleures » que celles provenant d'autres sujets, le chercheur doit leur accorder plus de poids. La pondération peut aussi être en relation avec les conditions dans lesquelles s'est déroulé le recueil des données.

Une autre catégorie de stratégies d'évaluation de la recherche qualitative utilisables, dans le cas de l'approche phénoménologique, a comme objectif la **vérification des résultats et des conclusions par le moyen de contrastes**. Les procédés disponibles sont :

- la « **méthode des différences** » qui consiste à vérifier une conclusion en réalisant des comparaisons entre deux ensembles (de personnes ou de phénomènes, par exemple) connus comme différents en ce qui concerne un autre aspect important ;
- **l'analyse de la signification des exceptions** (ou des cas divergents)<sup>9</sup>, qui consiste à rechercher des sujets déviants et à vérifier si certaines de leurs caractéristiques sont absentes ou différentes chez les sujets typiques. Si, par exemple, un sujet qui adopte une attitude totalement différente des autres offre, en guise d'explication, des raisons qui sont à l'opposé de celles fournies par ceux qui adoptent l'attitude en question, ceci constitue une donnée qui renforce les conclusions du chercheur.

Un dernier regroupement de stratégies d'évaluation a comme objectif la **confrontation des conclusions** auxquelles a abouti le chercheur qui utilise l'approche phénoménologique **à des faits établis ou à d'autres conceptions ou théories**. La procédure de l'élimination des relations factices est utilisée surtout

lorsque les conclusions de la recherche sont inattendues ou ont une grande portée. Elle consiste à envisager la possibilité que la relation mise en évidence entre deux variables soit factice et qu'une troisième variable intervienne. Dans d'autres cas, une stratégie de reproduction des faits recueillis dans un autre contexte peut aider à confirmer les résultats obtenus ou à les nuancer. Le chercheur peut aussi envisager plusieurs explications possibles, même contradictoires, et vérifier si l'une d'elles s'impose comme plausible. Enfin, le chercheur doit, dès le départ, rechercher des faits qui vont à l'encontre des conclusions qu'il pense tirer de la recherche entreprise.

Ce qui au départ était une approche de psychopathologie clinique influencée par les concepts de la philosophie phénoménologique allemande, est devenu, essentiellement aux États-Unis, une nouvelle orientation méthodologique. Comme nous l'avons précisé, celle-ci garde des liens importants avec quelques-uns des principes de base de la phénoménologie et aide le clinicien-chercheur à cerner des aspects qu'aucune autre méthodologie ne lui rend accessibles. Soulignons enfin le fait que la méthodologie phénoménologique apparaît plus comme une invitation à réfléchir sur les moyens d'améliorer la qualité du travail de recherche, qu'une simple collection de règles normatives rigides.

## Résumé

La psychopathologie phénoménologique tire ses origines de la philosophie allemande du même nom. L'apport de la phénoménologie a conduit à deux principales démarches en psychopathologie. La première, qu'on peut qualifier de descriptive, est celle de Karl Jaspers. Dans ce cas, la psychopathologie s'occupe surtout de ce que les malades vivent, étudie leurs états d'âme, vise à dévoiler des significations.

La seconde démarche est celle de Binswanger, beaucoup plus imprégnée de références philosophiques et connue, surtout, grâce aux études sur la schizophrénie, la manie et la mélancolie. La contribution de Binswanger, dont le substrat est fourni à la fois par Husserl et par Heidegger, concerne avant tout la méthodologie psychiatrique.

Grâce à l'émergence d'un modèle et d'une méthode de recherche qui lui sont spécifiques, l'approche phénoménologique a permis des progrès significatifs dans le développement de la psychopathologie.

Le modèle phénoménologique de recherche, illustré dans ce chapitre par l'étude de l'hospitalisation en psychiatrie, a deux caractéristiques principales : (a) il ne cherche pas les causes d'une maladie ou d'une déviance ayant conduit à l'hospitalisation psychiatrique ; (b) il tente de connaître ce qu'est « l'expérience de la folie » à partir de ceux qui l'ont vécue et qui deviennent, ainsi, les principales sources d'information et de données.

Comme les autres méthodes qualitatives de recherche, la méthode phénoménologique se caractérise par le fait d'utiliser une approche holistique, d'employer une analyse inductive et de se dérouler sous la forme d'une enquête naturaliste. En même temps, elle se différencie par des caractéristiques qui lui sont propres : le fait d'exiger, dans un premier temps, une description soignée et systématique de ce qui est perçu dans l'expérience vécue et de viser, dans un deuxième temps, à identifier et à élucider la signification essentielle de cette expérience.

1. Ey (1954) présente dans son étude n° 21 la phénoménologie de la fuite d'idées.
2. Il s'agit de l'intentionnalité de la conscience toujours dirigée vers quelque chose (Husserl). La conscience est intentionnalité car elle est toujours conscience de quelque chose.
3. *Dasein*, mot clé de la pensée de Heidegger, pourrait être traduit par « réalité humaine ». Binswanger refuse la traduction de *Daseinanalyse* par « analyse existentielle » et propose l'expression « analyse de la présence humaine ».
4. Binswanger (1987, p. 43) rappelle que le premier travail sur le temps (travail qui constitue, de surcroît, la première application de la méthode phénoménologique à la psychiatrie) est dû à Minkowski : « Étude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de mélancolie schizophrénique ». Le contenu de cet article publié, en 1923, dans le *Journal de psychologie* (n° 20), avait fait l'objet d'un exposé à Zürich, en 1922, devant la Société suisse de psychiatrie, exposé précédé par un rapport « Sur la phénoménologie », présenté par Binswanger.
5. Ludwig Binswanger n'avait que dix ans quand Cécile Münch fut hospitalisée dans la clinique de Bellevue que dirigeait, à l'époque, le père de Binswanger. Dans l'étude intitulée *La rétrospection mélancolique*, Binswanger (1987) écrit : « Durant toute ma vie j'ai revu la **figure gémissante** et le regard profondément mélancolique de cette femme » (p. 30).
6. « Husserl propose d'appeler noème du perçu les caractères propres à l'objet en tant qu'il apparaît dans la perception, et décrire le **noème** du perçu c'est décrire les divers aspects particuliers à la manière dont se montre la table quand elle se montre comme perçue » (Lanteri-Laura, 1963, p. 73).
7. Dans son étude, Perucci (1974) décrit les modes suivants d'adaptation des patients : (a) le **retrait** (absence de relation avec le personnel et les autres patients) ; (b) la **résistance** (les patients essaient de conserver une certaine dignité et un respect de soi, tout en respectant les règlements, ils limitent au minimum l'intrusion du personnel) ; (c) l'**accommodation** (en devenant le « bon » patient qui respecte les règlements, les décisions du personnel et des autres patients) ; (d) la **conversion** (identification avec le personnel par l'intégration des valeurs et croyances de celui-ci).
8. L'approche phénoménologique a aussi été utilisée dans une importante recherche ayant fait l'objet d'une thèse de doctorat (483 pages), présentée par Di Grigorio (1983), à l'Union Graduate School (Cincinnati, Ohio). L'auteur a étudié l'expérience de la désinstitutionnalisation telle que vécue par des personnes ayant des troubles mentaux et du développement.
9. Les cas extrêmes (sujets ou situations) se révèlent utiles pour confirmer ou vérifier les faits recueillis.

# **Chapitre 12**

## **Psychopathologie psychanalytique**

### **Sommaire**

- 1. Cinq types de réponses à une question qui revient souvent :  
la psychanalyse est-elle une science ?**
- 2. Étude empirique de certaines composantes de la théorie psychanalytique. Bilan des recherches sur l'oralité**



L'approche psychanalytique revêt une importance capitale. Ses partisans identifient, en effet, l'ensemble de la psychopathologie à la psychanalyse<sup>1</sup>. D'autre part, pour ses détracteurs, elle représente soit la cible d'attaques permanentes, soit l'approche vouée à une conjuration du silence. Enfin, pour ceux qui se situent entre ces deux positions extrêmes, la psychanalyse est importante en raison de ses qualités heuristiques et mérite une attention toute particulière dans un contexte où l'on tente de valider ses concepts cruciaux par des méthodes propres à d'autres approches de la psychopathologie.

Le nombre et le poids, dans la communauté des universitaires et des chercheurs, des partisans de la psychanalyse, de ses détracteurs ou de ceux qui occupent une position médiane sont très inégaux et varient dans le temps et d'un pays à l'autre. Aux États-Unis, par exemple, la psychanalyse s'est développée, de façon massive, très tôt (Freud s'y rend dès 1909). Après une période où elle domine largement la psychopathologie et la psychiatrie nord-américaine, l'approche psychanalytique commence à être très contestée.

Suite à une présentation très succincte et qu'il reconnaît lui-même « quelque peu simpliste et caricaturale » du modèle explicatif de la maladie mentale basé sur les différents stades du développement de la libido, Grunberg, professeur de psychiatrie à l'Université de Montréal, écrit, en 1980, que ce modèle « peut aujourd'hui faire sourire ». Pour Grunberg, le vice fondamental du modèle explicatif offert par l'approche psychanalytique est que « l'étiologie est préconçue non seulement sans aucune vérification scientifique mais sans même offrir la possibilité de formuler des hypothèses qui pourraient confirmer ou infirmer leur validité ».

Dès le début de la période de remise en question de la psychanalyse, certains auteurs américains se situent dans la position que nous avons dénommée médiane. Ainsi, Maher écrivait en 1966 : « Actuellement, la mise à l'épreuve des hypothèses issues des théories dynamiques est entravée par l'imprécision qui caractérise la définition des états ou des processus postulés dans le cadre du modèle dynamique. Ceci ne signifie pas que le modèle ne peut être reformulé de manière à ce que des hypothèses testables en soient déduites ; jusqu'ici, aucune reformulation adéquate n'a été faite ».

Soulignons aussi qu'après une période de net recul, l'influence de l'approche psychanalytique réapparaît aux États-Unis. Ainsi, dans l'un des plus récents ouvrages de psychopathologie, publié par la prestigieuse maison d'édition

McGraw-Hill, Willerman et Cohen (1990), tous deux professeurs à l'université du Texas à Austin, consacrent un chapitre distinct à l'approche psychodynamique. À la fin d'une partie de ce chapitre portant sur l'évaluation critique de la théorie psychanalytique, ces deux auteurs écrivent que « la théorie psychanalytique ne peut pas être ignorée » et que certaines de ses formulations ont eu un énorme impact non seulement sur le développement historique des théories psychopathologiques, mais aussi sur notre culture (surtout sur les sciences humaines, ainsi que les sciences sociales et du comportement) et sur notre pensée de tous les jours. Dans ce même chapitre, Willerman et Cohen écrivent aussi « qu'aucune présentation de la psychopathologie ne serait complète sans que l'on tienne compte de l'approche psychodynamique ».

En lisant ces lignes, une question surgit inévitablement : quelles sont donc les principales contributions de l'approche psychanalytique de la psychopathologie ? Face à l'immensité de l'œuvre psychanalytique, toute tentative de réponse synthétique peut apparaître superficielle, insuffisante et donc imprudente. Malgré ce risque, il nous paraît nécessaire de mentionner brièvement quatre contributions au sujet desquelles existe, chez les partisans de l'approche psychanalytique, un véritable consensus :

- Le passé personnel, et en particulier celui de la petite enfance, peut provoquer des troubles psychopathologiques, surtout quand ce passé fut occulté et clivé, devenant ainsi inconscient. Les souvenirs inconscients jouent un rôle important dans la production des symptômes et le sens de ceux-ci renvoie donc à l'inconscient.
- Le rôle de la sexualité est primordial. Par exemple, le matériel étranger au Moi, éliminé de la conscience et s'exprimant donc dans les rêves et en symptômes névrotiques, a toujours des connotations sexuelles.
- Les expériences individuelles (situations, événements, traumatismes, facteurs familiaux et sociaux) jouent un rôle très important. La signification et la portée de ces expériences dépendent du stade de développement auquel elles surviennent.
- La maladie mentale est conçue dans une perspective fonctionnelle : elle constitue une tentative d'ajustement, de résolution des problèmes qui n'ont pu être résolus d'une autre manière, plus satisfaisante. Tout trouble (bien qu'objectivement inefficace et subjectivement pénible) constitue une forme d'ordre. L'impression de relativité de la frontière entre normal et pathologique que donnent ces assertions est accentuée par le fait que le conflit, qui n'est pas

considéré en lui-même comme pathologique, représente un facteur commun à la santé et à la maladie.

Les contributions mentionnées ci-dessus constituent, à notre avis, des éléments fondamentaux de l'œuvre de Sigmund Freud, créateur de la psychanalyse et de l'approche psychanalytique de la psychopathologie.

Freud (1856-1939) obtient son diplôme de médecin en 1881 et travaille ensuite avec des personnalités connues comme Brücke, Nothnagel et Meynert. En 1885, il est nommé Privat-Dozent de neuropathologie et se rend à Paris, chez Charcot, célèbre pour ses études concernant l'hystérie. Il fait une autre visite en France en 1891, quand il rencontre, à Nancy, Liébault qui utilise l'hypnose et Bernheim, qui fait des expériences de suggestion post-hypnotique. Nommé, en 1902, professeur extraordinaire à Vienne, il ne devient professeur ordinaire qu'en 1923.

L'œuvre de Freud comporte plusieurs étapes. La première (1883-1897), consacrée à l'étude de l'anatomie du système nerveux et à la neurologie, comprend des travaux importants sur la cocaïne, le nerf acoustique et la paralysie cérébrale infantile. Au cours de cette période, plus précisément entre 1886 et 1895, Freud effectue une série de travaux fondamentaux sur l'hypnose et l'hystérie. En 1895<sup>2</sup>, il publie, avec son ami Breuer, les *Études sur l'hystérie*.

Entre 1895 et 1920, Freud s'intéresse aux phénomènes inconscients et élabore la méthode psychanalytique de traitement. Au cours de cette période, il publie *La Science des rêves* (1900), *Psychopathologie de la vie quotidienne* (1901/1904), *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905), *L'Introduction à la psychanalyse* (1916/1917).

La dernière période (1920-1939) est consacrée aux recherches dans le domaine de la personnalité humaine et à l'application de ses théories au fonctionnement de la société et à la religion. Au cours de cette période paraissent *Au-delà du principe de plaisir* (1920), *Le Moi et le Ça* (1923), *Inhibition, symptôme et angoisse* (1925), *Nouvelles Conférences sur la psychanalyse* (1932). C'est, aussi la période où Freud élabore ses ouvrages intitulés *Psychologie collective et analyse du Moi* (1921), *L'Avenir d'une illusion* (1927), *Malaise dans la*

*civilisation* (1930), *Moïse et le monothéisme* (1939). Ces ouvrages avaient été précédés par *Totem et tabou* (1912), où il avait appliqué, pour la première fois, ses théories psychologiques à la société dans son ensemble.

Freud est aussi à l'origine du mouvement psychanalytique dont l'histoire a connu bien des vicissitudes et des dissidences, les plus célèbres étant celles d'Adler et de Jung. Parmi les psychanalystes fidèles à la théorie de Freud et qui ont contribué, avec leurs élèves, à son développement, une place particulière est occupée par Abraham et Ferenczy, de même que par Anna Freud et Melanie Klein.

L'approche psychanalytique sera illustrée, dans ce chapitre, par deux thèmes d'actualité. Le premier, déjà traité par Lagache en 1964<sup>3</sup> dans son texte sur « La psychanalyse comme science exacte », est la scientificité de la psychanalyse. Au cours des dernières années, pas moins de trois colloques francophones l'ont abordé (De Neuter et Florence, 1988 ; Le Guen *et al.*, 1989 ; Pelletier *et al.*, 1990). Le second thème est celui qui se situe au centre d'un important débat sur la nécessité et sur la possibilité d'une approche expérimentale de la psychanalyse.

## **1. Cinq types de réponses à une question qui revient souvent : la psychanalyse est-elle une science ?**

Source de discussions interminables, la question de la scientificité de la psychanalyse se répète inlassablement. Avant même de présenter les différentes réponses données dans la littérature, il nous paraît intéressant de nous interroger : pourquoi pose-t-on si souvent cette question ?

Au colloque de Louvain-en-Woluwe, Florence (1988) concluait sur ce sujet en disant : « probablement parce qu'il devait en être ainsi dans l'esprit de son fondateur » et parce que celui-ci tenait à ce que la psychanalyse soit acceptée. Il est, en effet, bien connu que Freud a toujours voulu inclure la psychanalyse parmi les sciences de la nature (*Naturwissenschaften*), que l'on opposait, à son époque, aux sciences de l'esprit (*Geisteswissenschaften*).

À cette attitude ambivalente du créateur de la psychanalyse, il faut rajouter le succès remporté par cette discipline et, notamment, par la pratique extensive de la psychanalyse, les développements des sciences de la nature et des sciences humaines, l'apparition de nouvelles méthodes et techniques thérapeutiques. Toutes ces évolutions ont périodiquement remis en cause la place et le statut de la psychanalyse, et les interrogations portant sur sa scientificité constituent, à notre avis, une démarche visant à mieux préciser cette place et ce statut.

Pour simplifier la présentation, les points de vue contenus dans les réponses à la question-titre de cette partie du chapitre seront présentés ci-dessous dans le cadre de cinq regroupements. Pour chaque regroupement, cette « typologie » n'est illustrée que par les points de vue de certains auteurs. Il ne s'agit, donc, pas d'une présentation exhaustive<sup>4</sup>, ni évaluative, de ces points de vue.

## **1.1. La psychanalyse est une science**

Fine (1975) et Gardner (1979) affirment que, contrairement au behaviorisme, qui n'est qu'une vulgaire technologie, dépourvue de lien réel avec le vrai sens des choses humaines, la psychanalyse est une vraie science. Dans *Psychanalyse, Science, Société*, Legrand (1983) écrit que ceux qui adhèrent aux options de l'épistémologie théoriciste, développée notamment par Althusser, ou qui choisissent l'épistémologie kuhnienne (Kuhn, 1962)<sup>5</sup>, peuvent considérer la psychanalyse comme une science.

Récemment, Kipman (1989) commençait son livre intitulé *La Rigueur de l'intuition* par cette phrase : « La psychanalyse est une science ». Pour lui, la psychanalyse pourrait être présentée comme la science quantique de la pensée. Si la psychanalyse et la physique quantique sont liées par une série d'analogies, elles ne sont cependant pas assimilables l'une à l'autre, car leur objet et leurs méthodes d'étude divergent largement. Elles obéissent, selon Kipman, aux mêmes démarches intellectuelles et témoignent, toutes les deux, de la profonde révolution scientifique qui a marqué le début du xx<sup>e</sup> siècle.

## **1.2. La psychanalyse n'est qu'en partie une science**

Dans ce regroupement de réponses sur la scientificité de la psychanalyse on peut inclure des assertions comme celle que la psychanalyse est « mi-science,

mi-autre chose » (Paniagua, 1987) ou que si la psychanalyse n'est pas réellement une science, elle est « notre science » (Harrison, 1970).

Pour Saucier (1990) la psychanalyse (qui n'est ni une science, ni une idéologie) est, d'abord et avant tout, un mouvement thérapeutique. La psychanalyse aurait un noyau central thérapeutique qui aurait diverses parties périphériques : un secteur philosophique, un secteur littéraire, un secteur artistique et plusieurs autres, dont un secteur scientifique.

Une autre manière de concevoir les relations entre psychanalyse et science est celle de Brodeur (Pelletier *et al.*, 1990) qui distingue trois niveaux de savoir : (a) le savoir de l'analysant et l'écoute immédiate de l'analyste ; (b) le savoir de l'analyste qui interprète, surtout à partir de ce qu'il vient d'entendre, mais aussi de schèmes théoriques et (c) le savoir proprement scientifique qui reprend les deux premiers niveaux de savoir pour en faire une espèce d'analyse de contenu.

### **1.3. La psychanalyse est une science herméneutique**

Contrairement à la psychologie qui est une science d'observation portant sur les faits de la conduite, la psychanalyse est une science exégétique, c'est-à-dire herméneutique, portant sur les rapports de sens entre les objets substitués et les objets originaires (et perdus) de la pulsion. La psychanalyse n'est pas une science naturelle et n'étudie pas les relations entre causes et effets. En tant qu'herméneutique, la psychanalyse est une explication du discours de l'analysant, une recherche et une création de sens. Dans cette perspective herméneutique, développée particulièrement par Ricœur (1965), la psychanalyse cherche à comprendre les phénomènes plutôt qu'à les expliquer ou à les prédire.

### **1.4. La psychanalyse n'est pas une science**

Selon les adeptes de l'épistémologie empiriste dont Popper (1934)<sup>6</sup> est le représentant le plus remarquable, la psychanalyse doit être considérée comme une pseudo-science.

Popper examine la psychanalyse et le marxisme et constate leur pouvoir explicatif étonnant<sup>7</sup> : ils sont toujours adaptés, toujours confirmés. Il énonce, alors, le critère de réfutabilité ou de falsifiabilité<sup>8</sup>. Selon ce critère, une théorie ne peut prétendre à la scientificité qu'à condition de pouvoir soumettre ses propositions aux procédures de falsification empirique. Ainsi le critère de

démarcation entre science et non-science réside dans la possibilité de formuler des propositions falsifiables. Des critères de réfutation doivent être établis à l'avance : on doit s'être mis d'accord sur la question de savoir quelles sont les situations observables qui, si elles sont effectivement observées, signifient que la théorie est réfutée.

Selon Popper, la psychanalyse comporterait une stratégie « immunisante » capable d'intégrer, de digérer et d'annuler toute critique qui lui est adressée. La psychanalyse confirmerait ses avancées conceptuelles par des observations qui contiendraient ces mêmes avancées, en soutenant que, pour l'inconscient, les contraires ont le même sens.

## **1.5. La psychanalyse est autre chose**

Avec humour ou gravité, divers auteurs définissent et classent différemment la psychanalyse : « pratique délirante » (Lacan, 1977), « pas beaucoup plus qu'un système délirant contagieux » (Crews, 1985), « l'art de jouer le jeu de la libre association, de créer quelque chose avec les matériaux imaginaires des deux inconscients de l'analysant et de l'analyste » (Brodeur, 1990), « une doctrine où les seuls critères de référence sont l'argument de l'Autorité et l'opinion des adeptes » (Van Rillaer, 1982).

## **2. Étude empirique de certaines composantes de la théorie psychanalytique. Bilan des recherches sur l'oralité**

À plusieurs reprises, Freud a manifesté une sorte d'ambivalence face au processus de vérification des différentes composantes de sa théorie. Parfois, ses écrits plaident en faveur de la validation des hypothèses psychanalytiques et de la nécessité de l'expérimentation. Ainsi, dans un article sur les conséquences psychologiques de la différence anatomique des sexes, Freud (1925) écrit : « Je suis conscient que mes opinions ne pourront être retenues que si mes observations, qui sont basées sur un petit nombre de cas, se révèlent comme ayant une validité générale et comme étant typiques ». Dans d'autres situations, Freud refuse la validation par des vérifications expérimentales. À Rosenzweig, par exemple, qui lui avait décrit ses expériences de laboratoire sur le refoulement, Freud répond : « J'ai examiné avec intérêt vos études expérimentales sur la vérification des assertions psychanalytiques sur le

refoulement. Je ne peux pas accorder beaucoup d'importance à ces confirmations parce que la richesse des observations sûres sur lesquelles ces assertions reposent les rend indépendantes des vérifications expérimentales »<sup>9</sup>.

L'ambivalence de Freud a influencé, sans doute, ses disciples et continuateurs. Elle a contribué à la structuration de deux positions nettes quant à la validation des hypothèses psychanalytiques. Récemment, Van Gijsegem (1990) décrivait ainsi ces positions : (a) la validation des hypothèses psychanalytiques doit se faire dans et par la cure (Thomä et Kächele, 1975 ; Edelson, 1985), afin de respecter ce qu'Erdelyi (1985) appelle la « validité écologique » ; (b) la validation et la vérification empirique sont nécessaires et doivent se faire par les moyens traditionnels de la méthode expérimentale, en laboratoire si possible, et en utilisant le langage universel des mathématiques (Kline, 1972 ; Reuchlin, 1972-1973).

Une troisième position, plus souple, qu'on peut appeler « de compromis » fut exprimée au troisième colloque de l'Association des Psychothérapeutes Psychanalytiques du Québec, organisé en mai 1989. Cette position est contenue dans la réponse de Jean-François Saucier à Hélène Richard qui, lors de la discussion organisée après la première table ronde (Pelletier *et al.*, 1990), remarquait que les hypothèses freudiennes sont basées sur des données recueillies dans une situation d'intersubjectivité, celle de la situation transféro/contre-transférentielle. Dans ces conditions, la méthode expérimentale ou scientifique, qui ne fait place ni à l'intersubjectivité, ni à l'inconscient (surtout pas à celui du chercheur...), apparaît comme inadéquate. Dans sa réponse, Saucier fait état de deux niveaux de vérification. Au premier, celui de l'interaction concrète patient-thérapeute, c'est-à-dire au niveau du transfert et du contre-transfert, la méthode expérimentale « ne peut travailler avec efficacité, parce que le présent interactionnel est d'une complexité trop immense ». Au second niveau, plus général, plus éloigné du contact patient-thérapeute, les hypothèses formulées par Freud sur la base d'observations faites sur un certain nombre de patients, sont plus facilement vérifiables grâce à la méthode expérimentale<sup>10</sup>.

La quantité impressionnante de recherches visant la validation et la vérification empirique de la théorie psychanalytique atteste l'exceptionnelle qualité heuristique de celle-ci. Parmi ces recherches, un nombre important est consacré à la validation du concept d'oralité, thème choisi pour illustrer, dans ce chapitre, l'étude empirique de certaines composantes de la théorie psychanalytique.



Le stade oral ou cannibalique est décrit, en 1915, par Freud. Premier stade de la sexualité, il a comme source la zone orale. L'objet est dans un rapport étroit avec l'alimentation et le but est l'incorporation (Laplanche & Pontalis, 1973). Plus tard, en 1924, Abraham différencie, au sein du stade oral, un stade précoce de succion (« préambivalent ») et un stade sadique-oral qui correspond à l'apparition des dents. L'activité de morsure et de dévoration implique une destruction de l'objet et l'ambivalence pulsionnelle apparaît : la libido et l'agressivité sont dirigées sur un même objet (Laplanche & Pontalis, 1973). En 1924, Abraham conçoit aussi l'existence d'un caractère oral caractérisé par les traits suivants : optimisme, générosité, socialité, dépendance, passivité. Ceux-ci apparaîtraient comme résultat d'une fixation au stade oral (Abraham, 1965-1966). Très tôt, différents chercheurs ont tenté de vérifier cette théorie<sup>11</sup>.

Fisher et Greenberg (1977) passent en revue une trentaine de recherches et aboutissent aux deux conclusions suivantes : (1) des corrélations positives, il est vrai peu élevées, sont présentes entre des traits comme la tendance à avoir des activités orales (suralimentation, alcoolisme, tabagisme), le besoin de contacts sociaux, le besoin d'approbation, la passivité ; (2) aucun argument solide n'appuie l'affirmation que ces traits sont dus à la manière dont le sujet a été nourri, sevré et satisfait « oralement » durant sa petite enfance.

Un autre bilan, plus récent, des nombreuses recherches réalisées pour valider le concept d'oralité nous est offert par Masling (1986)<sup>12</sup>. Les études menées sur des patients de Buffalo, hospitalisés (Bertrand & Masling, 1969) ou externes (Weiss & Masling, 1970), et sur des patients italiens hospitalisés en psychiatrie (Tognazzo, 1970) ont démontré que les alcooliques donnaient plus de réponses orales au Rorschach que les patients des groupes contrôle.

Dans la première de ces recherches, Bertrand et Masling ont eu accès aux archives de l'hôpital V.A. de Buffalo et ont pu localiser les dossiers de 20 patients neuropsychiatriques dont le diagnostic principal était l'alcoolisme. Leurs protocoles au Rorschach ont été, ensuite, comparés minutieusement à ceux d'un groupe contrôle de 20 patients non alcooliques. Ces protocoles ayant été complétés avant l'étude de Bertrand et Masling, les examinateurs (26 psychologues au total) n'ont pas pu être biaisés par l'hypothèse de l'étude. Lorsque toutes les réponses liées à l'alcool et au fait de boire ont été éliminées des protocoles, les auteurs de la recherche ont trouvé que les patients alcooliques avaient donné significativement plus de réponses orales que les sujets contrôle,

fait attribuable principalement à un sous-groupe de dix sujets qui donnaient fréquemment des réponses orales.

L'étude de sujets obèses israéliens et américains (Masling *et al.*, 1967 ; Weiss & Masling, 1970) révèle que ceux-ci donnent plus de réponses orales au Rorschach que les sujets témoins. Ces résultats n'ont pas été confirmés dans la recherche de Zechow (1969). De surcroît, les scores oraux de patients ulcéreux étaient eux aussi plus élevés que ceux d'un groupe contrôle (Weiss & Masling, 1970). Enfin, une recherche sur le tabagisme, réalisée cette fois-ci sur des femmes, n'a pas mis en évidence des taux élevés de réponses orales au Rorschach.

En commentant tous ces résultats, Masling (1986) remarque qu'ils ne permettent pas de préciser si c'est le trouble physique ou la caractéristique de personnalité qui est apparu en premier. Conformément à la théorie psychodynamique, chaque trouble est le résultat d'une dynamique de personnalité antérieure, mais les données corrélationnelles recueillies grâce aux recherches citées ne permettent pas de tester l'hypothèse génétique. Ce qui peut cependant être conclu de toutes les études passées en revue est que la description psychanalytique de caractéristiques orales chez les personnes alcooliques et obèses paraît adéquate.

Une autre catégorie de recherches porte sur les corrélats comportementaux de l'oralité. Les études passées en revue par Masling (1986) montrent que la personne de type oral présente une série de caractéristiques qui peuvent être décrites comme une tendance à aller vers les autres : une telle personne croit que l'appui externe est vital pour la survie ; elle touche physiquement plus facilement les autres ; au plan interpersonnel, ses perceptions sont plus exactes ; elle voit son activité végétative diminuer en situation stressante, en raison simplement de la présence physique des autres ; elle est plus intéressée à rencontrer un conseiller ; elle trouve le traitement psychanalytique plus attrayant ; elle tend à être plus accommodante (souple) avec les règles et les règlements ; dans un petit groupe, elle se rend aux jugements des autres ; elle apprécie les efforts du leader du groupe<sup>13</sup>.

Comparativement aux résultats concernant les aspects abordés jusqu'ici, les résultats des recherches visant à tester le fait que l'oralité conduit à des comportements de dépendance sont plus contradictoires. Masling (1986) note que les sujets qui donnent un nombre plus élevé de réponses de type oral au

Rorschach croient plus en Dieu ou dans la vie après la mort. D'autres recherches qu'il cite dans son compte rendu montrent que si, parfois, les sujets « oraux » se soumettent aux opinions des autres personnes, ceci ne représente pas une règle. Il a été établi aussi que, lorsqu'ils ont à accomplir une tâche difficile, les sujets oraux établissent plus fréquemment un contact visuel avec l'examineur. Cette dernière recherche (Shilkret et Masling, 1981) indique, cependant, que la demande directe d'aide n'est pas plus fréquente chez les sujets oraux. Tous ces résultats suggèrent que la présence des comportements de dépendance, de faiblesse, d'impuissance ne constitue pas une caractéristique centrale de la personnalité orale. Dans ce contexte, Masling (1986) cite les données obtenues par Juni et Nelson (1984) qui montrent que les personnes qui donnent plus de réponses orales au Rorschach sont plutôt immatures, manquent d'assurance, sont plus tristes, plus dépressives, préfèrent la musique triste.

Si les recherches passées en revue par Masling (1986) apportent des arguments empiriques en faveur de la caractérologie freudienne, deux limitations quant à la portée de cette conclusion doivent être mentionnées. Premièrement, le fait que dans les recherches passées en revue, l'oralité est définie sur la base des réponses de type oral données aux planches du Rorschach<sup>14</sup>. D'autres définitions opérationnelles de l'oralité existent dans la littérature (Masling & Schwartz, 1979), mais ces définitions sont relativement indépendantes les unes des autres. Masling (1986) insiste notamment sur le fait que le score à un test d'évaluation des caractéristiques orales où le sujet doit répondre en termes de « vrai/faux » ne peut ressembler à une mesure projective de l'oralité. De même, il faut souligner que les différentes mesures projectives de l'oralité ne conduisent pas à des résultats identiques.

La seconde limitation découle des différences liées au sexe, différences trouvées d'ailleurs dans d'autres études de la personnalité. La description offerte par Masling des caractéristiques du comportement oral ou de la personnalité orale est basée, en majeure partie, sur des résultats obtenus avec des sujets hommes. La question de la présence de ces mêmes caractéristiques chez des sujets femmes n'a reçu, pour l'instant, que très peu de réponses.

## Résumé

L'approche psychanalytique revêt une importance capitale. Ceci est vrai, pour des raisons très différentes, aussi bien pour ses partisans

que pour ses détracteurs ou pour ceux qui se situent entre ces deux positions extrêmes.

Malgré l'immensité de l'œuvre psychanalytique, certaines contributions de l'approche psychanalytique se distinguent particulièrement : l'importance du passé personnel, de la sexualité, des expériences individuelles et le fait de concevoir la maladie mentale dans une perspective fonctionnelle, comme une tentative d'ajustement, de résolution des problèmes qui n'ont pu être résolus d'une autre manière, plus satisfaisante.

La première section du chapitre est consacrée aux réponses concernant la question de la scientificité de la psychanalyse. Les points de vue contenus dans ces réponses se regroupent en cinq catégories : (1) la psychanalyse est une science ; (2) la psychanalyse n'est qu'en partie une science ; (3) la psychanalyse est une science herméneutique ; (4) la psychanalyse n'est pas une science ; (5) la psychanalyse est autre chose.

La seconde partie du chapitre aborde l'étude empirique de certaines composantes de la théorie psychanalytique. Sont décrites trois positions concernant la validation des hypothèses psychanalytiques : (a) la validation doit se faire dans et par la cure ; (b) la validation et la vérification empirique sont nécessaires et doivent se faire par les moyens traditionnels de la méthode expérimentale ; (c) l'étude empirique doit tenir compte de l'existence de plusieurs niveaux de vérification (par exemple, le fait qu'au niveau de l'interaction patient-thérapeute, la méthode expérimentale ne peut pas travailler avec efficacité). Cette partie du chapitre contient aussi un bilan des recherches sur l'oralité. Ces recherches apportent, en général, des arguments empiriques en faveur de la caractérologie freudienne.

1. La psychanalyse représente une méthode d'investigation, une méthode psychothérapeutique et un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement (Laplanche & Pontalis, 1973).
2. Dans la bibliographie du présent volume, les ouvrages de Freud sont datés en fonction de l'année de parution des traductions françaises.
3. Ce texte, rédigé en 1964 et publié en anglais sous une forme différente en 1966, est reproduit dans le volume *La Folle du logis. La psychanalyse comme science exacte* (Lagache, 1986). Les conclusions de Lagache sont les suivantes : « la psychanalyse est une science exacte, pour le moins dans les portions isolées ou confluentes de ses résultats ; l'apparence d'inexactitude provient principalement de l'énormité du matériel à traiter, de la surestimation et de la sous-estimation du fantastique ».
4. Cette présentation laisse aussi de côté une discussion sur la définition de la science et sur les critères de scientificité.
5. La traduction française de l'ouvrage de Kuhn, *The Structure of Scientific Revolution*, est parue, en 1970, chez Flammarion. Selon Kuhn, les hommes de science ne s'intéressent pas à la critique de leurs propres théories. Ce qui les préoccupe est plutôt de regarder les faits à la lumière de leurs théories, d'expliquer la réalité à l'aide de leur paradigme, de faire entrer la réalité dans leur paradigme. Bien que récusant le critère de falsifiabilité de Popper, la théorie de Kuhn n'implique pas que la science serait un discours qui permettrait de dire n'importe quoi.
6. Le grand ouvrage de Popper *Logik der Forschung* (1934) a été traduit en français et publié chez Payot en 1973.
7. Popper écrit que « la psychanalyse peut tout expliquer mais non prédire ». Il soulève ainsi un autre problème qui est celui de l'insuffisance prédictive.
8. Ladrière (1988) définit ainsi le critère de falsifiabilité : « on dira qu'une proposition est acceptable comme proposition scientifique si et seulement si, il est possible, dans des circonstances appropriées, d'en établir éventuellement la fausseté, en démontrant par voie empirique que l'une au moins des conséquences que l'on veut en dériver ne s'accorde pas avec les données disponibles (ou en tout cas avec ce qu'une communauté scientifique accepte de reconnaître comme des "données" suffisamment bien établies, par rapport à un état donné de la recherche) ».
9. Cette lettre est citée par MacKinnon et Dukes (1962).
10. Saucier note que la méthode expérimentale, loin d'être fixée de façon définitive, est en pleine évolution. Dans ce contexte, il ajoute : « Il me semble essentiel que les psychanalystes contribuent à rendre la méthode scientifique de plus en plus subtile, afin qu'elle puisse être appliquée avec succès à des champs très complexes, comme les situations intersubjectives, y compris la relation analysant-analyste ».
11. Van Rillaer (1982) note que les psychologues contemporains préfèrent, à l'opposition oralité-analité, le contraste extraversion-intraversion. Il souligne notamment le fait que les corrélations entre les traits « extravertis » (sociabilité, activité, vivacité, impulsivité) sont plus élevées qu'entre les traits d'« oralité ».
12. Joseph Masling, de la State University of New York (à Buffalo), a dirigé l'élaboration de deux volumes, parus en 1983 et 1986, consacrés au bilan d'une importante série d'études empiriques des théories (au pluriel) psychanalytiques. Dans le premier volume, un des plus passionnants chapitres, celui rédigé par Greenberg et Fisher, est consacré aux différences sexuelles. La mise à l'épreuve des idées freudiennes dans ce domaine particulier montre que la théorie psychanalytique est composée de propositions qui ont des degrés divers de validité. Une recherche très sophistiquée impliquant de multiples évaluations montre que, contrairement à l'hypothèse de Freud, ce sont les hommes qui, durant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte présentent une plus grande anxiété et un plus grand malaise par rapport à leur corps. En discutant ce résultat inattendu, Saucier (1990) avance l'hypothèse (à vérifier !) qu'il serait plus angoissant d'être castrable que d'être castrée.
13. La relation entre la présence d'un comportement antisocial et celle d'un taux plus élevé de réponses orales est signalée dans une seule recherche. Kertzman (1978) trouve que les parents accusés d'abus physiques à l'égard de leurs enfants donnaient un nombre significativement plus grand de réponses orales, comparativement au groupe contrôle composé de parents qui apparaissaient devant le tribunal de la famille

pour des causes non criminelles.

14. Masling *et al.* (1967) ont utilisé, dans une même recherche, le Rorschach et le TAT. Une corrélation significative (.58) a été trouvée entre les scores oraux à ces deux tests. Malgré cela, Masling *et al.* notent que la spécificité des stimuli contenus dans les items de chaque test peut entraîner des différences quant aux réponses données. Il serait donc justifié de toujours spécifier l'instrument utilisé pour évaluer l'oralité.

# **Chapitre 13**

## **Psychopathologie sociale**

### **Sommaire**

- 1. Troubles mentaux et classe sociale**
- 2. Analyse des variations, d'une époque à l'autre,  
des données épidémiologiques**

L'expression **psychopathologie sociale** est très peu utilisée et le champ propre à cette approche est implicitement inclus, par la majorité des auteurs, dans celui de la **psychiatrie sociale**. Dans les publications de langue française, deux auteurs seulement utilisent l'expression psychopathologie sociale ou une formule qui s'en rapproche. Le premier est Bastide (1965) qui (lorsqu'il propose de distinguer la psychiatrie sociale de la sociologie des maladies mentales et de l'ethnopsychiatrie) indique sans ambiguïté que la première de ces trois sciences peut aussi être appelée psychopathologie sociale<sup>1</sup>. Le second est Rouault de la Vigne (1970), l'auteur de deux volumes d'*Éléments de psychopathologie médico-sociale*. Dans ce cadre, on peut aussi citer la création, en 1975, de l'Association française de psychiatrie et de psychopathologie sociales qui vise à établir et à développer les contacts entre les différentes disciplines scientifiques et professions concernées par la psychopathologie sociale, ainsi que par la sociologie des maladies mentales (Chanoit & de Verbizier, 1986)<sup>2</sup>.

Ces faits expliquent pourquoi il nous est apparu nécessaire de commencer ce chapitre par une brève présentation des grandes étapes de l'évolution de la psychiatrie sociale. Selon Bell et Spiegel (1966) et Muñoz (1983), c'est Southard (directeur du Boston Psychopathic Hospital et fondateur de l'un des premiers centres ambulatoires pour malades mentaux aux États-Unis) qui utilise, pour la première fois, en 1917, l'expression de psychiatrie sociale. Cette année-là, dans le premier numéro de la revue *Mental Hygiene*, Southard présente une classification des spécialités dans le champ de la psychiatrie et, parmi elles, il inclut la psychiatrie sociale, qu'il considère comme une spécialité « nouvelle et prometteuse ». L'intérêt porté à la psychiatrie sociale se concrétise par l'organisation de différentes manifestations scientifiques de plus en plus importantes : une table ronde organisée, en 1924, par l'Association américaine de psychiatrie<sup>3</sup>, une section consacrée à la psychiatrie sociale, lors du premier congrès mondial de psychiatrie (1950) et l'organisation, en août 1964, à Londres, du premier congrès international de psychiatrie sociale. À ce congrès est créée, sous la direction de Joshua Bierer, l'Association internationale pour la psychiatrie sociale. Il nous paraît important de noter que, conformément aux statuts de cette association, une personne définie comme patient fait partie, en tant que membre, du conseil international de l'association (Carleton, 1977).

Deux événements d'ordre éditorial marquent aussi le développement du domaine : la parution, en 1952, de l'ouvrage de Maxwell Jones, *Social Psychiatry. A Study of Therapeutic Communities* et celle, en 1955, de la première



revue de psychiatrie sociale (*International Journal of Social Psychiatry*). En France aussi plusieurs ouvrages jalonnent le développement du domaine : les *Études de psychiatrie sociologique* (Damaye, 1925)<sup>4</sup>, *La Psychiatrie sociale* (Baruk, 1955), *Psychiatrie et vie sociale* (Meurice, 1977), le *Dictionnaire de psychiatrie sociale* (Bleandonu, 1976) ou les *Recherches en psychiatrie sociale* (Chanoit & de Verbizier, 1986).

Cette brève présentation des principaux moments du développement de la psychiatrie sociale ne pourrait être complète sans la mention des contributions provenant des champs de la sociologie des maladies mentales (Bastide, 1965 ; Dufrancatel, 1969) ou de la sociopsychanalyse, développée, depuis 1968, à partir de l'œuvre de Mendel et, depuis 1971, au sein de groupes sociopsychanalytiques.

Face à tous les faits présentés, il est important de s'interroger sur les raisons expliquant cet essor considérable de la psychiatrie sociale. Il s'agit, sans doute, d'une prise de conscience des limites d'un point de vue strictement médical concernant les troubles psychiatriques. Une réponse assez complète à la question posée nous est fournie par Bleandonu (1976), à la fin de l'Introduction à son *Dictionnaire de psychiatrie sociale* : « on continue à parler de psychiatrie sociale parce que beaucoup refusent une psychiatrie en accord avec les caractéristiques économiques, culturelles et sociales des sociétés industrielles avancées. Il n'y a de psychiatrie que sociale ; les seules variations tiennent à la manière dont on a conscience et dont on tient compte de cette vérité ».

Si, comme nous l'avons indiqué, le champ de la psychiatrie sociale inclut, de fait, le champ de ce qu'il conviendrait d'appeler la psychopathologie sociale, il est impérieusement nécessaire de définir l'objet d'étude de cette dernière discipline. Pour nous, la psychopathologie sociale a deux principaux objets d'étude<sup>5</sup> : (1) le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie des manifestations psychopathologiques (ou la sociogenèse de celles-ci) ; (2) les répercussions de la maladie mentale sur les relations du patient avec son environnement social<sup>6</sup>. Cette manière de concevoir la psychopathologie sociale fait que la prévention et la thérapeutique, envisagées dans une perspective sociale, sont du ressort de la psychiatrie sociale. Par conséquent, des aspects tels que les thérapies de groupe, la sociothérapie, l'utilisation à des fins thérapeutiques des lieux de vie, rentrent dans le cadre de la psychiatrie sociale. Ceci est en accord avec la définition donnée à cette dernière dans le septième rapport du comité d'experts de la santé mentale, réuni à Genève à la demande de l'Organisation Mondiale de la Santé

(1958) : « l'ensemble des mesures préventives et curatives qui ont pour objet de rendre l'individu capable de mener une vie satisfaisante et utile dans son cadre social »<sup>7</sup>.

Des nombreux aspects qui peuvent illustrer les préoccupations de recherche dans le domaine de la psychopathologie sociale (tel qu'il a été défini précédemment), nous en avons choisi deux seulement : (a) celui de la relation entre l'apparition des troubles mentaux et l'appartenance à une classe sociale et (b) celui de l'évolution, d'une époque à l'autre, de la morbidité psychopathologique. Ces deux thèmes s'inscrivent dans l'orientation « sociogénèse des troubles mentaux »<sup>8</sup>.

## 1. Troubles mentaux et classe sociale

Pour le psychopathologiste, les éventuelles différences concernant l'incidence des troubles mentaux (différences qui peuvent être décelées lorsqu'on compare des groupes constitués en fonction du critère classe sociale) constituent une source d'hypothèses étiologiques. L'apparition plus fréquente d'un trouble chez des personnes qui se trouvent à l'un des niveaux de la stratification obtenue en tenant compte des classes sociales pourrait, en effet, indiquer que l'exposition à certaines conditions de vie engendre ou favorise la manifestation psychopathologique en question.

Les premières données importantes concernant la relation entre troubles mentaux et classe sociale proviennent d'une étude effectuée à Chicago et publiée en 1939. Ses auteurs, Faris et Dunham, examinent les statistiques des cas admis pour la première fois à l'hôpital pour troubles psychiatriques, au cours des années 1922 à 1934. En considérant l'aire urbaine où résidaient ces patients avant leur hospitalisation, Faris et Dunham mettent en évidence une distribution en « cercles concentriques » : la proportion la plus grande de patients provenait du centre de la ville et les proportions diminuaient au fur et à mesure que l'on se déplaçait vers la périphérie. Ce mode de distribution était valable pour différentes catégories diagnostiques : schizophrénie, psychose alcoolique, toxicomanie et paralysie générale. Faris et Dunham notent aussi que pour la psychose maniaco-dépressive, la distribution était aléatoire et que, pour la psychose sénile, la concentration centrale ne s'associait pas avec une diminution uniforme vers la périphérie. Interprétés non pas en termes d'aires urbaines, mais plutôt en termes d'habitat lié à la classe sociale à laquelle appartiennent les

patients, les résultats obtenus indiquent que la classe sociale (quantifiée en niveaux qui vont, par exemple, de 1 = élevé à 5 = bas) a une corrélation inverse avec l'incidence des troubles psychiatriques (à l'exception, toutefois, de la psychose maniaco-dépressive) : plus le niveau de la classe sociale est bas, plus le nombre des premières hospitalisations pour troubles mentaux est élevé. Pour Faris et Dunham, la désorganisation sociale présente dans certaines aires engendre la maladie mentale et les taux d'incidence de celle-ci sont en relation avec le degré de cette désorganisation sociale.

Ces résultats, confirmés par certains chercheurs, ont conduit Faris et Dunham à formuler l'hypothèse de la production sociale du trouble (*social causation hypothesis* ou *breeder hypothesis*) ; en d'autres termes, la sociogénèse des troubles mentaux<sup>9</sup>. Toutefois, des données obtenues ultérieurement dans le cadre d'une étude réalisée à Détroit, amènent Dunham (1965) à écrire dans le volume *Communauté et schizophrénie* : « Il n'y a aucune base pour affirmer qu'une classe sociale est susceptible de produire plus de schizophrénie qu'une autre classe sociale... ». Cette prise de position est confirmée par d'autres chercheurs, dont Levy et Rowitz (1973)<sup>10</sup>.

Un an après la parution du livre de Faris et Dunham, Myerson (1940) formule l'hypothèse de la dérive sociale (*drift hypothesis*) qui soutient que les personnes atteintes de schizophrénie (et probablement d'autres troubles mentaux) « dégringolent » ou « dérivent » vers le bas de la structure sociale, comme résultat de leur incapacité à faire face aux problèmes de la vie de tous les jours. Cette hypothèse sert évidemment à expliquer les observations qui montrent que, dans certains cas, l'incidence de la schizophrénie est plus élevée chez les sujets de classe sociale plus défavorisée<sup>11</sup>.

La présence d'une schizophrénie ou de ses prodromes conduira, selon l'hypothèse de la dérive sociale, à une baisse, à une mobilité vers le bas, dans la hiérarchie déterminée en fonction des classes sociales. Selon Eaton (1985), cette mobilité descendante peut être **intergénérationnelle** (lorsqu'on compare la personne atteinte et ses parents) ou **intragénérationnelle** (lorsque la comparaison implique une étude longitudinale du même individu).

Les études disponibles confirment l'hypothèse de la mobilité descendante intergénérationnelle. Parmi ces études, une place importante est occupée par la recherche de Goldberg et Morrison (1963) qui étudient un groupe de 353 hommes admis dans des hôpitaux psychiatriques d'Angleterre et du Pays de

Galles, avec le diagnostic de schizophrénie. L'âge des patients, de 25 à 34 ans, correspondait à l'âge auquel, habituellement, la formation professionnelle est achevée. De ce fait, on pouvait raisonnablement supposer que ces personnes avaient atteint un statut occupationnel qu'on pourrait qualifier de « final ». Goldberg et Morrison ont alors comparé la distribution de ces patients en fonction de la classe sociale à laquelle ils appartenaient avec la distribution, en fonction de ce même critère, des pères des patients (en considérant la classe sociale de ceux-ci au moment de la naissance de leur enfant-futur patient) et, respectivement, avec celle de la population générale. Les distributions mentionnées ont été réalisées en utilisant un système de classification en cinq classes, où la première classe correspondait au niveau le plus élevé et la cinquième, au niveau le plus bas. La comparaison effectuée montre, d'une part, qu'un grand nombre de patients se trouve dans la classe sociale 5 et que, d'autre part, la distribution des pères était identique à celle de la population générale. Ces résultats appuient fortement l'hypothèse d'une mobilité descendante intergénérationnelle dans le cas de la schizophrénie.

En relation avec l'hypothèse de la dérive ou de la mobilité sociale, plusieurs auteurs parlent de l'hypothèse de la **sélection sociale**. Il s'agit d'un processus qui conduirait certaines personnes (en raison de caractéristiques comme l'âge, le sexe, des traits de personnalité ou une prédisposition psychotique) à être sélectionnées pour travailler dans certains groupes professionnels, ou pour vivre dans certaines aires urbaines, etc. Ce concept est considéré par Levy (1974) non seulement comme plus précis, mais aussi comme différent de celui de dérive, car il implique, tout au moins chez certaines personnes, un mouvement adaptatif conscient et non pas une dérive passive à travers la structure sociale.

## 2. Analyse des variations, d'une époque à l'autre, des données épidémiologiques

L'observation de modifications, dans le temps, concernant l'incidence et la prévalence des troubles psychopathologiques est particulièrement intéressante car elle permet de formuler des hypothèses concernant les relations de ces modifications avec les changements sociaux (industrialisation ou urbanisation, par exemple) notés durant la période considérée.

L'apparition de telles modifications n'est pas rapportée par tous les auteurs qui ont examiné cette problématique. Ainsi, dans la publication probablement la plus citée (une monographie intitulée *Psychose et Civilisation*), Goldhammer et Marshall (1953) notent qu'au Massachusetts, la fréquence des troubles psychotiques non organiques majeurs n'a pas augmenté au cours d'une période d'environ 100 ans<sup>12</sup>, caractérisée par une industrialisation massive. Sur une période ayant la même durée, Krupinski (1979) constate qu'il n'y avait aucune relation entre l'évolution du processus d'urbanisation dans l'état de Victoria (Australie) et les taux des troubles psychiatriques et psychosociaux notés dans ce même état.

D'autres résultats, beaucoup plus nombreux, tendent cependant à confirmer l'existence d'une relation entre les variations de la morbidité des troubles psychopathologiques et les changements sociaux. Pour illustrer ce type de résultats, trois thèmes seront brièvement abordés : le suicide, la schizophrénie et la problématique sous-jacente aux demandes de consultation psychologique ou psychiatrique.

## **2.1. Le suicide**

Dans un article consacré à l'histoire du suicide, Rosen (1971) note que celui-ci était si répandu en Angleterre au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, que nombreux étaient ceux qui le considéraient comme une véritable urgence nationale. Cette question n'était pas moins importante pour le reste de l'Europe car la période considérée correspondait à ce qu'on a appelé la « révolution industrielle précoce ». Des liens furent ainsi établis entre cette étape du développement social et la hausse du taux de suicide. Ensuite, le lien établi entre suicide et troubles mentaux a conduit la discussion dans la direction, plus large, des relations entre civilisation et folie et dans celle du rôle que peuvent jouer les facteurs de stress social dans l'apparition des manifestations psychopathologiques.

Les données recueillies par Krupinski (1979) pour l'état de Victoria (Australie) montrent que le taux de suicide chez les hommes était beaucoup plus élevé au cours de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle qu'à n'importe quel moment au cours du XX<sup>e</sup> siècle. Ce constat laisse entrevoir une relation entre urbanisation et suicide. Dans un ouvrage consacré au suicide et aux tentatives de suicide, Stengel (1964) attribuait l'incidence plus élevée de ces phénomènes en milieu urbain au plus grand isolement social et à l'anonymat de la vie dans les grandes métropoles, ce qui contraste avec les réseaux sociaux denses, caractéristiques des

structures sociales des villages. Toutefois, le fait qu'au Danemark les taux de suicide aient été très élevés, longtemps avant que l'urbanisation et l'industrialisation ne soient devenues importantes, ou qu'en Norvège ces mêmes taux aient baissé malgré l'urbanisation et l'industrialisation (Labovitz, 1968), montre que les facteurs sociaux liés au suicide sont bien plus complexes que ce que mettent en évidence les dichotomies urbain-rural ou industrialisé-non industrialisé.

Dans une recherche des plus complètes menée pour tenter de dépasser les limitations des études précédentes, Sainsbury (1986) a examiné les niveaux de quinze variables sociales, mesurées dans 18 pays, pour les années 1961-1963 et 1972-1974. Cette étude a montré que le suicide augmente concurremment avec la hausse de l'anomie<sup>13</sup> et avec celle de l'abondance (mesurée par le pourcentage de propriétaires de postes de TV). Pour les deux sexes, le suicide augmente avec le nombre de femmes employées. Le non-emploi (ou, plus précisément, la perte de l'emploi) et un changement conduisant à une relative pauvreté sont aussi associés à des taux élevés de suicide. Une analyse statistique de type équation de régression a ensuite été réalisée pour prédire les taux de suicide dans les 18 pays européens considérés. Lors de cette analyse, on a tenu compte des cinq variables suivantes : (a) le taux des divorces ; (b) le taux du non-emploi<sup>14</sup>, (c) le taux des homicides ; (d) le taux des femmes employées ; (e) le pourcentage de personnes âgées de plus de 15 ans. Les prédictions faites sur la base de ce procédé ont ensuite été comparées avec les taux réels observés dans les pays étudiés. Les résultats obtenus sont frappants : en effet, la prédiction statistique correspondait à ce qui s'était passé dans la réalité. Si l'Angleterre et la Grèce manifestent une baisse des taux de suicide, les autres pays européens (surtout la Pologne, les Pays-Bas, le Danemark, l'Irlande et la Hongrie) se caractérisent par une augmentation de ces taux. L'étude de Sainsbury (1986) montre, de manière claire, que l'incidence du suicide est en relation avec plusieurs variables sociales qui peuvent être utilisées en tant que prédicteurs des taux de suicide.

## 2.2. La schizophrénie

Jusque tard au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle (et à la différence de la psychose maniaco-dépressive), la schizophrénie était rare en Europe et en Amérique. C'est la thèse que soutient Torrey (1980) dans son ouvrage intitulé *Schizophrénie et Civilisation*, où il note aussi que la schizophrénie est absente dans les descriptions des troubles mentaux réalisées au cours de l'antiquité grecque et romaine. Jeste *et al.* (1985) soutiennent que tout ceci peut être expliqué non seulement par l'absence d'une terminologie adéquate pour la description de la schizophrénie, mais aussi par le fait qu'à l'époque, la schizophrénie ne se remarquait que très peu au plan social. En plus, ces auteurs trouvent des comptes rendus anciens qui représentent, à leur avis, des descriptions de la schizophrénie. Ces documents proviennent de l'Inde et de la Grande-Bretagne et datent respectivement du premier siècle de notre ère et du Moyen Âge. Il est, actuellement encore, difficile de statuer de manière définitive sur la thèse selon laquelle, il y a environ deux cents ans, la schizophrénie était rare ou n'existait même pas. Les difficultés inhérentes à l'analyse de cette thèse sont mentionnées par Hare (1983), qui dans une conférence donnée à Maudsley, en 1982, examine les preuves en faveur de deux points de vue opposés : (a) à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, l'incidence de la schizophrénie a augmenté ; (b) l'incidence de la schizophrénie est restée constante, mais en raison de facteurs de type nosocomial<sup>15</sup> qui se sont manifestés au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle, il y a eu une hausse indubitable des admissions dans les asiles ou hôpitaux psychiatriques<sup>16</sup>.

Cooper et Sartorius (1977) avancent une hypothèse explicative qui suggère que l'augmentation de la prévalence de la schizophrénie est en relation avec différents facteurs associés à l'industrialisation : la prépondérance, dans les grandes communautés urbaines, des familles nucléaires ; la spécialisation du travail et des rôles sociaux ; la survie d'un plus grand nombre de nourrissons et d'enfants, dont certains peuvent avoir une vulnérabilité accrue à la schizophrénie ; la reconnaissance du fait que les troubles mentaux sont distincts des maladies physiques. Contrairement au point de vue que la schizophrénie a toujours été présente et que son incidence n'a pas beaucoup changé, cette hypothèse de « l'épidémie lente » explique, entre autres, pourquoi le pronostic de la schizophrénie est meilleur dans les pays en voie de développement (Organisation mondiale de la santé, 1979 ; Sartorius *et al.*, 1987). En effet, les structures sociales et familiales présentes dans les sociétés préindustrielles et, actuellement encore, dans les pays en voie de développement, exercent un effet

favorable sur les patients atteints de schizophrénie. Les transformations liées à l'industrialisation rendent impossible la manifestation de tels effets positifs.

## **2.3. Changements dans la problématique sous-jacente aux demandes de consultation psychologique ou psychiatrique**

Samitca (1982) note qu'à partir de 1960, des modifications quantitatives et qualitatives de la morbidité ont été observées progressivement dans la pratique psychiatrique occidentale. Ces modifications concernent une diminution des névroses classiques, une importante augmentation des troubles du caractère et de la personnalité, une forte augmentation des états dépressifs non psychotiques et l'apparition de nouvelles catégories de demandeurs de soins psychiatriques (par exemple, des personnes présentant des troubles psychiques émotionnels apparaissant lors de remaniements dus au passage d'une classe d'âge à une autre).

Pour expliquer ces changements, Samitca propose une conceptualisation qui n'est pas déterministe linéaire, mais systémique. Dans ce cadre, il décrit un « nouveau triangle » constitué par les éléments suivants qui se trouvent en interaction : l'individu (les éléments stressants intra- et/ou extra-personnels) et les facteurs de protection anti-stress. Les troubles psychiques et/ou émotionnels seraient la résultante de la rencontre d'une personne, ayant son seuil de vulnérabilité et son type de vulnérabilité, avec des facteurs de sursollicitation (stress), en l'absence de facteurs de protection anti-stress (ou lorsque ceux-ci sont insuffisants). Tout cela aboutit à une dysfonction-effondrement des « défenses » et des « mécanismes d'ajustement » (*coping-mechanisms*)<sup>17</sup>, ayant comme résultat un état de décompensation non spécifique (état de crise) ou spécifique.

À la base de tous ces changements, Samitca place les modifications socioculturelles propres à la civilisation/culture post-industrielle à laquelle ont accédé différents pays. Selon l'auteur cité, les principales caractéristiques de la société/culture post-industrielle sont : (a) la très grande prédominance du secteur tertiaire d'activités et la réduction à un minimum opérationnel du primaire ; (b)



une urbanisation massive ; (c) une grande mobilité géographique ; (d) une nucléarisation des familles et l'apparition de plus en plus fréquente de fragments de famille ; (e) une abondance de biens et de services ; (f) une présence massive et intense des médias électroniques ; (g) une augmentation très grande du temps de loisirs et, enfin, et comme un corrolaire (h) un très grand degré d'anomie qui a les particularités de ce que Simon et Gagnon (1976) appellent « l'anomie de l'abondance ». Cette société post-industrielle est, comme l'écrit Samitca, une « société mobile, fragmentée, anonyme, individualiste et "libérée" du souci du quotidien matériel mais en proie à des manques plus grands, qui n'engendrent plus la peur mais l'angoisse, libérée des crêtes tranchantes des normes contraignantes mais glissant sur les parois lisses de l'ambiguïté... ».

Les modifications socioculturelles mentionnées engendrent des changements quantitatifs et qualitatifs de la morbidité psychopathologique en agissant, notamment, sur les conditions d'élevage des enfants et de début de leur socialisation. D'autre part, si sur le plan matériel la vie est devenue plus aisée, l'effort psychologique exigé en permanence des personnes vivant dans une société/culture post-industrielle pour faire face aux différents problèmes quotidiens a beaucoup augmenté en raison d'un nombre plus grand de choix, d'un manque de repères clairs, du fait, qu'en cas d'échec, l'individu se retrouve plus ou moins seul, etc. Dans ces conditions, le stress psychologique dépasse souvent, pour des durées plus ou moins longues, la capacité d'ajustement de ces personnes.

## Résumé

La psychopathologie sociale a deux principaux objets d'étude : (1) le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie des manifestations psychopathologiques (ou la sociogenèse de celles-ci) ; (2) les répercussions de la maladie mentale sur les relations du patient avec son environnement social.

Dans ce chapitre, deux thèmes de recherche illustrent les préoccupations spécifiques au champ de la psychopathologie sociale. Le premier est celui de la relation entre l'apparition des troubles mentaux et l'appartenance à une classe sociale. Les données disponibles – et, particulièrement, celles obtenues dans la recherche de Goldberg et Morrison (1963) – tendent à appuyer l'hypothèse de la « dérive sociale » qui statue que les personnes

atteintes de schizophrénie (et, probablement, d'autres troubles mentaux) glissent vers le bas de la structure sociale, comme résultat de leur incapacité de faire face aux problèmes quotidiens.

Le second thème abordé est la variation, d'une époque à l'autre, des données épidémiologiques. L'observation de telles modifications permet de formuler des hypothèses concernant les relations de ces modifications avec des changements sociaux notés durant la période considérée. Les résultats déjà obtenus montrent que de telles relations existent, par exemple dans le cas du suicide et de la schizophrénie.

1. Dans le texte en question, Bastide écrit : « la psychiatrie sociale proprement dite ou la psychopathologie sociale ».
2. C'est sous l'égide de cette association qu'est publiée la collection « Psychiatrie et société », dirigée par Paul Sivadon.
3. L'expression de « psychiatrie sociale » disparaît complètement entre 1925 et 1939 de la littérature psychiatrique américaine. Elle réapparaît à partir de 1940 et connaît, par la suite, un grand succès (Bell & Spiegel, 1966).
4. Heuyer (1970) cite cet ouvrage dans sa préface aux deux volumes de Rouault de la Vigne.
5. Cette façon de concevoir la psychopathologie sociale est très proche de celle de Heuyer (1970) qui écrivait qu'il y a deux manières de concevoir les rapports de la psychopathologie avec le milieu social : (a) un point de vue « classique » consistant à étudier les répercussions de la maladie mentale sur les relations du malade avec son environnement (familial, professionnel, communautaire) et (b) l'analyse des conditions de vie qui expliquent, en dehors de l'hérédité, la maladie mentale.
6. Cela doit être interprété, comme le mentionnait Crocq (1986), dans le sens que les troubles psychopathologiques représentent des conduites significatives pour l'environnement humain du sujet, ce qui nous place devant une sémiologie « relationnelle ».
7. Dans l'article qu'ils consacrent à l'histoire de la notion de « psychiatrie sociale », Bell et Spiegel (1966) soulignent que la cohérence de ce domaine est très difficile à trouver. Ce constat est bien illustré par le fait que, dans le premier numéro de l'*International Journal of Social Psychiatry*, Rennie (1955) (alors professeur de psychiatrie sociale au Cornell University Medical College) donne une définition de la psychiatrie sociale qui contraste avec celle proposée par Lord Johnson dans la présentation de la revue et avec celle utilisée par d'autres collaborateurs de Grande-Bretagne, comme Joshua Bierer ou John Custance.
8. L'orientation concernant les répercussions de la maladie mentale sur les relations du patient avec son environnement social n'est donc pas abordée dans ce chapitre. Parmi les différents thèmes qui s'inscrivent dans cette deuxième orientation, on peut citer la théorie de la réaction sociale (Scheff, 1966, 1979 ; Murphy, 1976), selon laquelle les réactions de la société à une déviance expliquent le maintien de celle-ci (ou, comme on le dit de plus en plus souvent, « une carrière » de déviance). La théorie de l'étiquetage se centre sur l'étiquette que la société appose sur le comportement déviant. Cette approche inclut l'étude des facteurs qui déterminent la « reconnaissance » et l'étiquetage ultérieur de l'acte déviant (Edgerton, 1969), de même que les effets de l'étiquette sur le déviant et sur ceux qui réagissent à la personne déviante.
9. Pour expliquer l'incidence ou la prévalence plus élevée de la schizophrénie chez les personnes appartenant à une classe sociale plus défavorisée, différents facteurs ont été avancés : soins obstétricaux et maternels déficitaires, responsables de l'apparition de lésions fœtales (Pasamanick et Knobloch, 1966), stress récurrent sévère, bénéfices secondaires plus grands (Dohrenwend et Dohrenwend, 1969), appui social plus faible, etc.
10. Les résultats de ces deux auteurs, publiés dans un volume sur l'écologie des troubles mentaux, indiquent une distribution au hasard, dans la ville de Chicago, des lieux de résidence des patients hospitalisés pour la première fois, avec le diagnostic de schizophrénie. Dans ce cas, il n'y aurait pas de relation entre classe sociale et incidence de la schizophrénie.
11. Trois études épidémiologiques importantes, réalisées au début des années cinquante dans différentes localités d'Amérique du Nord, ont démontré l'existence d'une relation inverse entre classe sociale et fréquence des troubles psychopathologiques. Il s'agit des études effectuées à New Haven (Redlich *et al.*, 1953), dans le comté de Stirling, en Nouvelle Écosse (Leighton, 1959) et dans le Manhattan (Srole *et al.*, 1962). Des sept enquêtes sur la prévalence de la schizophrénie analysées par Dohrenwend et Dohrenwend (1969), cinq mettent en évidence une relation inverse entre classe sociale et taux de prévalence. Une relation du même type (impliquant, cette fois-ci, l'incidence des cas traités) est notée par Eaton (1985) dans 15 des 17 études qu'il passe en revue.
12. En raison du caractère peu sûr des données sur lesquelles est basée cette étude, Wing (1976) remet en question les conclusions auxquelles aboutissent Goldhammer et Marshall.
13. L'anomie est un concept sociologique créé par Durkheim. Chez Durkheim lui-même, l'anomie reçoit

deux éclairages différents. Dans son ouvrage *De la division du travail social*, Durkheim définit l'anomie comme le mal dont souffre une société dans son ensemble par défaut de règles morales et juridiques qui organisent son économie. Dans son ouvrage consacré au suicide, Durkheim insiste sur un autre aspect de l'anomie ; la relation de l'individu aux normes de sa société et le mode d'intériorisation de celles-ci.

14. Le rapport entre chômage et suicide a fait l'objet de nombreuses études. Dans une revue de la littérature consacrée à l'impact du chômage sur le bien-être psychologique et la santé mentale, Fortin (1983) recensait quarante-cinq études. Dans une des plus intéressantes recherches sur ce thème, Boor (1980) constate que, dans quatre pays (Canada, France, Japon, États-Unis), les variations annuelles des taux de suicide enregistrés entre 1962 et 1976 étaient significativement corrélées avec les variations annuelles des taux de chômage. Dans le cas de la RFA et de la Suède, Boor note une tendance dans la même direction. La relation décrite est pratiquement absente dans le cas de l'Italie (où l'on constate une évolution erratique du chômage). En Grande-Bretagne, la relation entre les taux de chômage et de suicide est significative, mais négative. Il est, cependant, important de noter qu'au cours de la période étudiée par Boor, le nombre des tentatives non réussies de suicide a, en fait, augmenté en Grande-Bretagne (Brown, 1979).

15. Adjectif qui fait référence à ce qui dépend des hôpitaux ou a rapport avec ces institutions.

16. Torrey et Hare notent un autre changement survenu au cours du XX<sup>e</sup> siècle, celui qui concerne les manifestations cliniques de la schizophrénie : la diminution de sa sévérité (Ødegård, 1967) et le fait que la catatonie soit devenue beaucoup plus rare.

17. Ces mécanismes peuvent être définis comme des modalités conscientes, rationnelles, utilisées pour venir à bout de l'anxiété (plus précisément des sources de celle-ci), anxiété que le sujet éprouve dans différentes situations (Reber, 1985). Le *Dictionary of behavioral science* (Wolman, 1989) différencie trois termes : (a) ajustement (coping) qui représente, selon Lazarus, les efforts adaptatifs faits en situations de stress, menace ou nuisance ; (b) comportement pour faire face ou comportement d'ajustement (*coping behavior*) défini, d'après Maslow, comme une configuration comportementale qui facilite l'ajustement à l'environnement en vue d'atteindre un certain but ; et (c) style d'ajustement (*coping style*), qui représente les moyens par lesquels une personne vient à composer avec les facteurs de stress et tire partie des conditions favorables. Ce style représente aussi l'organisation particulière que suggèrent les différents moyens utilisés par une personne dans le cadre de ses efforts adaptatifs.

# **Chapitre 14**

## **Psychopathologie structuraliste**

### **Sommaire**

- 1. Les structures psychopathologiques 262**
- 2. La structure des idées délirantes 265**

L'apparition et le développement d'une approche structuraliste<sup>1</sup> de la psychopathologie sont liés à l'essor qu'a connu le structuralisme, important courant de pensée du xx<sup>e</sup> siècle. Même si l'ensemble des auteurs est d'accord sur le fait qu'il n'y a pas un structuralisme, mais plutôt des structuralismes, ces derniers ont un dénominateur commun qui est la recherche d'explication par la notion de structure (Birou, 1966). En se centrant sur les aspects positifs de l'idée de structure, Piaget (1970) note deux aspects communs à tous les structuralismes : « d'une part, un idéal ou des espoirs d'intelligibilité intrinsèque, fondés sur le postulat qu'une structure se suffit à elle-même et ne requiert pas, pour être saisie, le recours à toutes sortes d'éléments étrangers à sa nature ; d'autre part, des réalisations, dans la mesure où l'on est parvenu à atteindre effectivement certaines structures et où leur utilisation met en évidence quelques caractères généraux et apparemment nécessaires qu'elles présentent malgré leurs variétés. »

Élément central du structuralisme, la notion de structure peut être définie comme la « disposition des différentes parties d'un tout » ou la « disposition dans laquelle les parties sont dépendantes du tout et par suite solidaires les unes des autres » (Foulquié, 1986). Pour Piaget (1970), « une structure est un système de transformations, qui comporte des lois en tant que système (par opposition aux propriétés des éléments) et qui se conserve ou s'enrichit par le jeu même de ses transformations, sans que celles-ci aboutissent en dehors de ses frontières ou fasse appel à des éléments extérieurs. En un mot, une structure comprend ainsi les trois caractères de **totalité**, de **transformations** et d'**autoréglage** ». Piaget rajoute que la découverte d'une structure doit pouvoir donner lieu à une **formalisation**.

En psychologie, le terme de structure a été introduit par Wilhelm Wundt, le fondateur de l'école structuraliste de psychologie. Partant de l'expérience personnelle et interne propre à chacun, Wundt cherchait à découvrir les structures les plus simples de l'esprit (Trotter & McConnell, 1980). Continuateur de Wundt, Edward Titchener développe, aux États-Unis, la psychologie structurale<sup>2</sup> et crée ce qui est devenue l'école de Cornell, d'après le nom de l'université où il a enseigné (Evans, 1977)<sup>3</sup>.

En étudiant les processus psychologiques à travers leurs éléments ou structures (perceptions, attention, mémoire, affects, etc.), les structuralistes visaient à établir les lois de la pensée. Par l'intermédiaire de l'introspection expérimentale

systematique, les chercheurs structuralistes ont étudié ces éléments, puis ont tenté de déterminer comment ils sont composés et se connectent les uns aux autres (Thinès & Lempereur, 1975).

Les débuts de l'approche structuraliste en psychologie sont aussi liés aux travaux de l'école connue sous le nom de « psychologie de la *Gestalt* » (Koffka, 1935 ; Köhler, 1947), du mot allemand qui signifie « forme », « organisation » ou « configuration ». La « forme » correspond à la manière dont les parties sont arrangées dans le tout. La valeur de chaque élément est déterminée par sa participation à l'ensemble ; une fois intégré, il n'existe plus que par le rôle qu'il joue. La **psychologie de la forme** est surtout une théorie sur la perception qui s'oppose à l'émiettement du psychisme imaginé par les « associationnistes ».

Les origines de l'approche structuraliste de la psychopathologie se trouvent, pour plusieurs auteurs, chez Freud<sup>4</sup>. Dans l'anthologie de la littérature structuraliste (DeGeorge & DeGeorge, 1972), Freud est représenté avec un extrait de sa *Psychopathologie de la vie quotidienne* et est considéré comme un précurseur du structuralisme actuel.

Le terme de structure a été utilisé pour faire référence à ce qu'on peut appeler les « matériaux de construction » des phénomènes psychologiques plutôt que les aspects organisationnels de ces phénomènes. Siomopoulos (1983) note que c'est dans ce sens que Freud a utilisé occasionnellement, dans ses écrits du début, le terme de « structure » : « structures obsessionnelles », « structure du rêve », « structure et fonctions de l'appareil psychique »<sup>5</sup>. De nouvelles directions de recherche en psychopathologie structuraliste ont été ouvertes après Freud. Cooper (1977) cite dans ce sens les contributions de nombreux auteurs : Anna Freud, Hartmann, Kris, Loewenstein, Spitz, Mahler, Greenacre, Jacobson, Kernberg, Kohut, Brenner et Arlow.

En psychopathologie, les points de vue structuralistes, de même que la méthodologie structuraliste, inspirés par la psychologie gestaltiste, ont occupé une place très importante dans l'œuvre de Kurt Goldstein. Celui-ci considérait tout comportement, normal ou pathologique, comme l'expression des différentes modalités de fonctionnement de l'organisme, considéré dans sa totalité en tant qu'unité.

Influencé entre autres par Werner, Piaget et Goldstein, Arieti a créé une approche de la psychopathologie qu'il a appelée « structurale » ou « psychostructurale ». Cette approche a été développée indépendamment et dans

des directions différentes de celles des études de Lévi-Strauss et précède l'application, par Chomsky, du structuralisme dans d'autres champs d'études (Arieti, 1974). Au début, Arieti a essayé d'élucider les mécanismes structuraux de la pensée schizophrénique. Plus tard, il a étendu ses préoccupations à l'étude de l'affectivité et de la cognition chez les normaux et à celle du processus de créativité (Arieti, 1967).

Beck, auteur dont les principales contributions ont été décrites dans le chapitre consacré à la psychopathologie cognitive, a centré son intérêt sur la structure de la dépression et, plus particulièrement, sur la relation entre cognition et affect. Les cognitions (pensées et images visuelles) du patient sont basées sur des structures cognitives (schémas), c'est-à-dire des *patterns* de tri, de différenciation et de codage des stimuli. Lorsqu'une personne est confrontée à une situation particulière (stimulus), un schéma en relation avec cette situation est activé et la personne catégorise et évalue la situation à travers ce schéma. Par conséquent, ses réponses comportementales et émotionnelles sont déterminées par des schémas spécifiques, activés dans chaque situation spécifique (Beck, 1974).

En France, une série de contributions<sup>6</sup> est publiée dans la collection de « Psychopathologie structurale », dirigée par Zéna Helman (1973, 1977, 1980, 1984)<sup>7</sup>. Ces travaux sont liés à l'enseignement donné par Zéna Helman à l'université de Lille et aux études menées par les membres du groupe de recherche « Rorschach et psychopathologie phénoméno-structurale ».

Pour Zéna Helman et son équipe, la psychopathologie structurale (approche issue de l'étude des psychoses) s'attache dès ses débuts au délire, en essayant de cerner la nature des phénomènes et le cadre structural qui sont à la base des idées délirantes. Les travaux du groupe de Lille intègrent le Rorschach dans une méthode d'analyse structurale de la personnalité et l'utilisent pour aborder des problèmes de fond, comme la vision en images.

Une autre contribution française à la psychopathologie structuraliste est apportée par Lacan. Celui-ci insiste sur l'importance du langage qui structure l'inconscient : « l'inconscient fonctionne comme un langage structuré ». Dans *Les Formations de l'inconscient*, Lacan (1956-1957) écrit à ce sujet : « Il y a une structure homogène dans les symptômes, les rêves, les actes manqués et les mots d'esprit. Il s'y joue les mêmes lois structurales de condensation et de déplacement<sup>8</sup> qui sont les lois de l'inconscient. Ces lois sont les mêmes que



celles qui créent le sens dans le langage. » Une des thèses importantes de Lacan est que les mécanismes des formations de l'inconscient s'assimilent à ceux du langage selon deux figures centrales : (a) la métaphore ou condensation et (b) la métonymie ou déplacement<sup>9</sup>.

Le type d'étude proposé par Lacan lui a valu différentes critiques, dont le reproche majeur, que mentionne Godefroy (1983), est d'avoir « algébrisé » l'inconscient. Beauchesne (1986) note qu'à la suite de Lacan, on a tenté de définir les principales organisations pathologiques en termes de structures (névrotique, psychotique, par exemple). Ces recherches, menées par Maud Mannoni et Castets, ont surtout porté sur les enfants psychotiques.

Dans le présent chapitre, l'approche structuraliste de la psychopathologie sera illustrée par deux thèmes. Le premier est celui des structures psychopathologiques. C'est un thème d'importance capitale car, dans le domaine de la psychologie et, bien sûr, de la psychopathologie, la notion de structure cesse de s'appliquer à des systèmes de corrélation pour s'appliquer à des significations. Mucchielli (1966) dans son *Introduction à la psychologie structurale* notait à ce propos : « Une **structure de signification**, c'est ce par rapport à quoi un élément du monde prend un sens pour un sujet ». Le thème des structures psychopathologiques sera illustré à partir des travaux de Bergeret, professeur à l'université de Lyon-II, sur les structures psychotiques, névrotiques et sur les organisations états-limites.

La seconde partie de ce chapitre sera consacrée à la présentation de la structure des idées délirantes, thème abordé notamment dans l'un des principaux ouvrages américains de psychopathologie structuraliste, *La structure de l'expérience psychopathologique*, élaboré par Siomopoulos (1983), professeur associé de psychiatrie au Collège de médecine de l'Université de l'Illinois (Chicago)<sup>10</sup>.

## 1. Les structures psychopathologiques

Dans la psychopathologie française, une des principales contributions concernant la notion de structure provient des travaux de Bergeret (1974, 1985). Pour décrire cette notion, Bergeret reprend l'exemple donné par Freud (1936), dans ses *Nouvelles Conférences sur la psychanalyse*. « Lorsqu'on laisse tomber à terre un bloc de minéral sous forme cristallisée, écrivait Freud, celui-ci ne se

casse pas au hasard, mais selon des lignes de clivage qui se trouvaient déjà déterminées dans la structure préalable du bloc respectif. »

Il en serait de même pour la structure psychique qui s'organise, se « cristallise » progressivement au cours du développement post-natal<sup>11</sup>. Le résultat en serait une structure stable, d'un type ou d'un autre. La stabilité implique l'impossibilité de passer d'une structure psychopathologique à une autre, à partir du moment où la structure en question s'est constituée.

En l'absence de traumatismes affectifs, de frustrations ou de conflits intenses, le sujet ne sera pas malade. Par contre, en présence de tels événements, la structure se « cassera », se « brisera » selon des lignes de clivage préétablies au cours du développement précoce. Ainsi, un sujet de structure névrotique ne pourra développer qu'une névrose. Pris en charge à temps et traité correctement, ce sujet ne pourra se retrouver en bonne santé qu'avec une structure névrotique, à nouveau bien compensée. La maladie ne représente donc qu'un aléa évolutif de la structure, un « état de décompensation visible auquel est arrivée une structure par la suite d'une inadaptation de l'organisation profonde et fixe du sujet à des circonstances nouvelles, intérieures ou extérieures, devenues plus puissantes que les moyens de défense dont il dispose » (Bergeret, 1974).

Pour Bergeret, il y a deux grandes structures de base : psychotique et névrotique. La lignée structurelle psychotique a comme point de départ des frustrations très précoces, tirant leur origine essentiellement du pôle maternel. Chronologiquement, la structuration psychotique se passe au cours de la phase orale ou pendant la première partie de la phase anale (de réjection). Un Moi qui a subi de sérieuses fixations ou qui a régressé ultérieurement à ce niveau, se préorganise selon la lignée structurelle psychotique. Une ligne de partage (*divided line*), décrite par Abraham, sépare les fixations et régressions psychotiques des fixations et régressions névrotiques. Elle se situe entre le premier sous-stade anal (de réjection) et le second sous-stade anal (de rétention). Exceptionnellement, à l'adolescence, un sujet peut quitter la lignée psychotique préstructurée et dévier vers une lignée de structuration définitive de type névrotique.

Les régressions et fixations placées en amont de la ligne de partage mentionnée ci-dessus correspondraient aux structurations psychotiques, dont la plus archaïque serait la structure schizophrénique et, tout contre la ligne de partage, la structure paranoïaque. La structure mélancolique ou les comportements

maniaques défensifs de la même organisation paraissent difficiles à situer dans une classification linéaire des trois structures psychotiques de base. Cette structure mélancolique n'occuperait pas une place plus élaborée, sur le plan libidinal, que la structure paranoïaque, et le fait de la classer en troisième position marque surtout sa place quelque peu particulière<sup>12</sup>.

En aval de la ligne de partage mentionnée se trouvent les structurations de mode névrotique : la structure obsessionnelle suivie par la structure hystérique.

En plus des structures psychotique et névrotique, Bergeret décrit le tronc commun des états-limites qui, ne présentant pas la fixité, la solidité, la spécificité définitive des organisations vraiment structurées, ne peut être envisagé comme une structure authentique. Il s'agit d'une « organisation » au statut provisoire, d'une situation « aménagée » qui, tout en pouvant se prolonger assez longtemps sans trop de modifications, n'est pas fixée.

Dans le cas des états-limites, le Moi dépasse la période où aurait pu se produire une préorganisation de type psychotique, c'est-à-dire la période allant jusqu'à la ligne de démarcation entre le premier et le second sous-stade anal. Le Moi poursuit son chemin vers l'Œdipe et, le plus souvent, au moment du début de l'Œdipe, se produit ce que Bergeret appelle le « traumatisme psychique précoce » : l'enfant rentre trop brutalement, trop précocement, trop massivement, dans une situation œdipienne. Ce traumatisme affectif désorganisera l'évolution de l'enfant. L'évolution libidinale ultérieure du sujet sera arrêtée, figée parfois très longtemps, dans ce que Bergeret décrit comme une sorte de pseudo-latence, plus précoce et plus durable que la latence normale, et qui se prolongera au-delà de ce qui aurait dû être l'adolescence, pour couvrir une partie ou la totalité de l'âge adulte, parfois jusqu'à la fin de la vie.

Dans un effort de synthèse, Bergeret compare les structures névrotiques, les structures psychotiques et les organisations limites en fonction des cinq critères suivants : (1) l'instance dominante ; (2) la nature du conflit sous-jacent ; (3) la relation d'objet ; (4) la nature de l'angoisse ; (5) les principales défenses utilisées.

L'instance dominante dans les structures psychotiques est le Ça, qui se trouve en conflit avec la réalité. La relation d'objet est plus ou moins fusionnelle à la mère, selon les variétés de psychoses. Le sujet à structure psychotique présente une angoisse profonde, centrée sur le morcellement, la destruction, la mort par éclatement. L'angoisse de morcellement est une angoisse sinistre, de désespoir et

de repli. Les principaux mécanismes de défense psychotiques sont le clivage du Moi<sup>13</sup> (intérieur au Moi) et le déni de la réalité<sup>14</sup>.

Dans le cas des structures névrotiques, l'instance dominante est le Sur-moi qui se trouve en conflit avec le Ça. La relation d'objet est génitale et l'angoisse est de castration. Il s'agit là d'une angoisse de faute, dirigée vers un futur anticipé sur un mode érotisé. La principale défense utilisée est le refoulement<sup>15</sup>.

Dans les organisations limites, l'Idéal du Moi constitue le véritable pôle autour duquel s'organise la personnalité. Le conflit spécifique à ces organisations oppose l'Idéal du Moi au Ça et à la réalité. La relation d'objet est anaclitique (étymologiquement « se replier sur », « incliner vers », « se coucher contre »). Le sujet organisation limite doit s'appuyer sur son interlocuteur, sur son partenaire indispensable. Il s'agit d'une relation de grande dépendance, vécue et jouée à deux. L'anaclitique est en attente passive et quémande des satisfactions positives de la part de son partenaire et, en même temps, procède à des manipulations agressives, évidentes ou non, de ce partenaire. L'angoisse particulière à l'organisation limite est l'angoisse de perte d'objet, l'angoisse de dépression. Elle survient dès que le sujet imagine que son objet anaclitique risque de lui faire défaut, de lui échapper. Parmi les mécanismes de défense, l'organisation limite doit recourir principalement au clivage de l'objet et à la forclusion<sup>16</sup>. Dans le cas du clivage qui intervient dans les organisations limites, il s'agit d'un clivage des représentations objectales, d'un dédoublement des imagos, destiné à lutter contre l'angoisse de perte d'objet et le risque d'arriver au deuxième mode de clivage, par dédoublement véritable du Moi<sup>17</sup>.

## 2. La structure des idées délirantes

Dans son ouvrage sur la structure de l'expérience psychopathologique, Siomopoulos (1983) consacre un chapitre aux idées délirantes, troubles psychopathologiques présents dans le cadre des psychoses et définis comme des croyances extrêmement puissantes dont la fausseté peut être démontrée en considérant les normes du milieu socioculturel dans lequel vit la personne qui les exprime (Hoch, 1972 ; Reed, 1974)<sup>18</sup>.

Lorsqu'il analyse la structure des idées délirantes, Siomopoulos insiste sur la distinction à faire, premièrement, entre la forme et le contenu des idées délirantes et deuxièmement, entre les idées délirantes primaires et secondaires.

Si la forme fait généralement référence à la façon dont s'exprime et est éprouvé un phénomène, le contenu décrit ce qu'est le phénomène en question, sa signification, ce qui se trouve derrière la forme. Ainsi, la notion de contenu concerne les croyances délirantes d'une personne particulière et fait référence à ce qui peut être établi en tenant compte de l'histoire personnelle de cette personne, de son milieu socioculturel. Le contenu des idées délirantes varie donc d'une culture à l'autre : aux États-Unis, un délirant peut, par exemple, croire qu'il est espionné par le FBI ou la CIA, tandis que dans un village grec, le délirant peut attribuer tous ses malheurs au « mauvais œil » du voisin.

La notion de forme fait, par contre, référence à la façon dont se constituent les croyances délirantes, à ce qui peut être établi en tenant compte des besoins, des désirs et des peurs d'une personne. La forme des croyances délirantes (de persécution, de grandeur, d'influence ou de jalousie) est quasi similaire d'une culture à l'autre<sup>19</sup>. Ceci signifie, comme le souligne par exemple Hoch (1972), que dans la genèse des idées délirantes interviennent certains facteurs ou certains mécanismes intrinsèques, déterminants, indépendants du milieu socioculturel de l'individu. Siomopoulos précise davantage l'hypothèse de Hoch et postule l'existence de certaines relations structurales universelles entre la pensée et les sentiments, relations qui, sous l'impact d'événements survenus dans l'environnement, peuvent conduire, chez certains sujets, à l'apparition d'idées délirantes.

La seconde distinction qu'aborde Siomopoulos dans son analyse de la structure des idées délirantes est celle proposée, au début du siècle, par Jaspers (1928) qui décrivait les idées délirantes primaires et secondaires. Les **idées délirantes primaires** apparaissent dans un contexte libre de tout autre trouble psychopathologique. Leur apparition implique cependant l'existence, chez le sujet considéré, d'un état décrit par Hoch (1972) sous le nom d'**organisation émotionnelle primaire**. Des sentiments de faible estime de soi peuvent, par exemple, induire chez une personne la vague impression qu'elle n'est pas aimée par son entourage. Ceci peut engendrer, chez cette personne, l'idée qu'on l'évite ; elle peut être amenée à penser que les autres ne désirent pas qu'elle soit présente dans leur environnement. Ultérieurement, tout ceci peut se cristalliser dans la croyance délirante que l'entourage de cette personne projette de la tuer, de l'éliminer d'une manière ou d'une autre. Cet exemple illustre comment des sentiments spécifiques peuvent conduire à une idée délirante spécifique, mais n'explique pas la formation de toutes les idées délirantes de persécution.

Les **idées délirantes secondaires** se développent à partir de certaines expériences psychopathologiques antérieures (hallucinations, dépersonnalisation, dépression), auxquelles le patient tente de donner une signification. Un patient qui présente des hallucinations auditives peut développer, par exemple, l'idée délirante secondaire que des « récepteurs minuscules » ont été placés dans ses oreilles lors d'une intervention chirurgicale subie quelques mois avant le début de ses hallucinations. Cet exemple montre que dans le cas des idées délirantes secondaires, le patient tente de trouver des explications pertinentes du point de vue logique aux expériences inhabituelles et perturbatrices qu'il vit<sup>20</sup>. Les idées délirantes secondaires offrent une « structure » (c'est-à-dire un contexte, des relations, une organisation) à l'expérience originale relativement non structurée.

Contrairement aux idées délirantes secondaires dont l'apparition est facile à comprendre, la compréhension des idées délirantes primaires est difficile : leur logique est, en effet, bien différente de la logique ordinaire. Dans ce cadre, Siomopoulos remarque que de nombreux patients qui présentent des idées délirantes primaires utilisent la **pensée paralogique** (von Domarus, 1964), décrite aussi comme **pensée paléologique** (Arieti, 1974). La personne qui pense de manière paralogique accepte l'identité non pas sur la base de sujets ou d'entiers identiques, mais sur la base de prédicats ou de parties identiques. Un jeune homme pense qu'il est Jules César parce qu'il est italien et parce qu'il est né en juillet, mois au cours duquel, selon lui, est né Jules César. Dans ce cas, comme dans tout cas de pensée paralogique, le patient investit avec des sentiments forts les sujets ou les entiers impliqués. Ceci signifie que ces derniers sont en relation avec l'organisation émotionnelle primaire mentionnée ci-dessus. Siomopoulos note aussi que les idées délirantes primaires sont structurées par les sentiments du patient, par son organisation émotionnelle primaire. Ces sentiments sont les produits résultant de la transformation des sentiments inconscients plus profonds (que Siomopoulos appelle structures), transformation où, comme l'individu tente de s'adapter aux demandes de son milieu, les défenses psychologiques servent de médiateur. Pour illustrer les transformations qui conduisent à certaines idées délirantes très communes, Siomopoulos procède à une analyse structurale de l'une de ces idées : celle de regarder et être regardé.

Les patients psychotiques expriment souvent la croyance délirante qu'ils peuvent lire la pensée des autres ou que les autres peuvent lire leur pensée. Dans d'autres cas, ils disent pouvoir influencer certaines personnes pour que celles-ci agissent d'une certaine manière, ou bien ils disent par contre agir sous

l'influence des autres. Connues depuis longtemps, ces idées délirantes n'ont pas été décrites adéquatement et ce, même par un auteur comme Arieti, réputé pour ses études sur la structure des expériences psychotiques (Arieti, 1967, 1974).

Les idées délirantes mentionnées sont étroitement liées à la notion de regard, regard du patient ou regard de l'autre, c'est-à-dire à l'expérience de regarder et d'être regardé. En effet, il n'est pas rare d'entendre un patient psychotique dire que les autres peuvent, en le regardant, lire ou contrôler sa pensée ou encore qu'il peut, en regardant les autres, lire ou contrôler leur pensée. Comme l'expérience de regarder ou d'être regardé constitue une partie essentielle de ces idées délirantes, Siomopoulos propose d'utiliser le terme plus précis, selon lui, d'**idées délirantes de regarder et d'être regardé**<sup>21</sup>, plutôt que les termes, plus généraux, d'**idées délirantes de référence**<sup>22</sup> ou d'**influence**<sup>23</sup>, fréquemment utilisés dans la littérature. Pour illustrer ce type d'idées, Siomopoulos analyse du point de vue structural trois cas, dont celui de G (voir encadré ci-dessous).

Agé de 22 ans, G. est hospitalisé quelques heures après avoir été renvoyé, pour la troisième fois au cours d'un seul mois, d'un emploi de concierge. Ce renvoi était dû non seulement à la mauvaise qualité de son travail, mais aussi au fait qu'il faisait des grimaces et riait, sans raison apparente, devant son patron. Ces comportements sont apparus lorsque G. avait 14 ans, peu de temps après une expérience homosexuelle. À l'époque, G. pensait que tout le monde était au courant de cette expérience et qu'on le regardait de manière insinuante. Durant les années suivantes, il commence à penser qu'il peut lire les idées des autres, tout simplement en les regardant.

Lors de son hospitalisation, G. rit et fait des grimaces presque constamment. Il ferme et ouvre ses yeux rapidement, roule des yeux ou tourne sa tête brusquement dans une direction et la ramène immédiatement à la position de départ. Au cours d'un entretien, il dit qu'il fait des grimaces et rit pour « diminuer la pression ». Une autre fois, il exprime le malaise qu'il ressent lorsqu'on le regarde (« Je fais des grimaces seulement lorsque les gens me regardent... Lorsque les gens me regardent je me sens tout tendu... Lorsque quelqu'un me regarde fixement dans les yeux, l'émotion que je ressens monte... »). Dans le cadre d'un entretien où il parut particulièrement tendu, G. dit au thérapeute, avec une voix triste : « Vous êtes

dégoûté et apeuré par moi, docteur ; je le sens lorsque vous me regardez ». Lorsque le thérapeute lui demande pourquoi il pense ainsi, G. répond : « Je pense que vous pensez que je suis homosexuel. Vous avez peut-être raison... ma peau est si fine ; je pense toujours à ça... je ne peux pas supporter que quelqu'un me regarde ». Questionné quant à savoir pourquoi il rit ou fait des grimaces lorsqu'on le regarde, G. répond : « Lorsque je ris ou bouge ma tête ou roule des yeux, je ne pense plus du tout aux choses qui m'embêtent ». À un autre moment, G. dit : « Parfois, je pense que je peux lire la pensée des autres ; alors, je me sens détendu et je ne fais pas de grimaces ». Questionné par le thérapeute sur la manière dont ça se passe, G. répond : « Votre visage me dit à quoi vous pensez. Je peux le lire. Il y a différentes grimaces pour différentes pensées ».

Les mécanismes structurels sous-jacents à la conclusion de G. qu'une autre personne (P) peut être consciente qu'il est homosexuel peuvent être expliqués facilement en tenant compte de la description de la pensée paralogique. Si l'on représente :

- par *A*, la conscience qu'a G. (telle qu'il la conçoit) qu'il est regardé par P ;
- par *B*, la conscience qu'a P (telle que G. la conçoit) de ce même fait et
- par *C*, ce que G. conçoit comme étant commun (dans cette situation de regarder et être regardé) dans la conscience de G. et dans celle de P ;
- alors *C* représente la partie commune conduisant à la conclusion que les entiers *A* et *B* sont identiques.

De la même manière, on peut considérer que si le patient est conscient d'être homosexuel, une autre personne sera, selon le patient, elle aussi consciente que le patient est homosexuel, car leurs consciences sont conçues, par le patient, comme identiques.

Les grimaces du patient constituent une défense contre l'anxiété engendrée par sa croyance dans le fait que les autres sont conscients de son homosexualité : lorsqu'il fait une grimace, les gens pensent à sa grimace et non pas au fait qu'il est homosexuel. Selon Siomopoulos, l'idée d'être capable de lire les pensées des autres peut être considérée comme une défense alternative. En effet, le patient peut dans ces conditions être calme et n'a plus besoin de faire des grimaces.



Grâce à sa capacité de lire la pensée des autres, le patient qui était comme un « clown qui quête la pitié » s'est transformé en un « magicien puissant ».

Les idées délirantes primaires présentées par G. montrent que les mécanismes paralogiques permettent au patient psychotique d'identifier sa conscience à la conscience d'autres personnes dans des situations où une autre personne regarde le patient, ou bien où le patient regarde une autre personne. Les sentiments de G. par rapport à son expérience homosexuelle sont structurants pour ses idées délirantes quant au fait de regarder ou d'être regardé.

Actuellement, l'école de Lyon, tout en reconnaissant que les travaux de Bergeret ont eu une influence considérable sur l'enseignement et la pratique de la psychopathologie, s'écarte du modèle structural à la lumière des travaux cliniques récents (Ferrant, 2007). La principale réserve concerne le caractère figé des structures qui exclut toute possibilité de changement. En outre, le modèle structural prend insuffisamment en compte la question de l'objet comme source de réorganisation et de transformation.

### Résumé

L'apparition et le développement d'une approche structuraliste de la psychopathologie sont liés, premièrement, à l'essor qu'a connu le structuralisme, important courant de pensée qui propose la recherche d'explications par la notion de structure. Celle-ci peut être définie comme la disposition dans laquelle les parties sont dépendantes du tout et, par suite, solidaires les unes des autres. À propos de la notion de structure, Piaget insiste sur les caractères de totalité, de transformations et d'autoréglage, et rajoute que la découverte d'une structure doit pouvoir donner lieu à une formalisation.

Le développement de l'approche structuraliste est aussi lié à la création par Wundt d'une école structuraliste de psychologie, développée aux États-Unis par Titchener, de même qu'aux travaux de l'école de psychologie de la *Gestalt*.

Pour plusieurs auteurs, c'est Freud qui est à l'origine de l'approche structuraliste de la psychopathologie. Cette approche est retrouvée dans les travaux de cliniciens comme Goldstein, Arieti, Beck, Helman ou Lacan.

La première partie du présent chapitre est consacrée aux structures psychopathologiques de base : psychotiques (schizophrénique, paranoïaque, mélancolique) et névrotiques (obsessionnelle et hystérique). La présentation de ces structures, basée sur les travaux de Bergeret, est complétée par une brève description du « tronc commun des états-limites ».

Dans la seconde partie de ce chapitre, est analysée la structure des idées délirantes. Fondée, principalement, sur le travail de Siomopoulos (1983), cette analyse porte sur la différence entre, d'une part, forme et contenu des idées délirantes et, d'autre part, idées délirantes primaires et secondaires.

1. Le qualificatif « structuraliste » utilisé dans le titre de ce chapitre signifie « qui professe un structuralisme soit méthodologique, soit métaphysique » (Foulquié, 1978). Le **structuralisme méthodologique** cherche à dégager, dans différents domaines d'étude (dont la psychologie), les structures sous-jacentes à un ensemble de faits différents. Lévi-Strauss (1973) précisait que la méthode structurale consiste à repérer les formes invariantes au sein de contenus différents. Le structuralisme métaphysique tente de vérifier si les structures dégagées grâce à la méthode structurale tiennent à la constitution même de l'esprit humain ou résultent de l'information de l'esprit par l'expérience de la réalité concrète, ou encore représentent un au-delà du donné de l'expérience qui s'imposerait à la pensée dans son interprétation de cette expérience (Foulquié, 1978).
2. Le terme de psychologie structurale (*structural psychology*) est fréquemment utilisé par les psychologues américains qui l'opposent à celui de psychologie fonctionnelle (*functional psychology*). Conformément au *Vocabulaire des sciences sociales* (Foulquié, 1978), il est nécessaire de distinguer structurel de structural. Structurel qualifie les réalités mêmes qui sont structurées, les réalités empiriques (« le gâteau de miel de l'abeille est structurel »). Structural qualifie les formes linguistiques et, par extension, les études et exposés relatifs aux structures des choses (par exemple, anthropologie structurale, sociologie structurale). Ce deuxième mot qualifie donc les modèles construits d'après la réalité empirique.
3. L'importance du « titchenerisme » fut très grande. Evans (1977) considère, cependant, que l'influence de ce courant a pratiquement disparu avec la mort de Titchener, en 1927.
4. Parmi les ouvrages qui soutiennent cette dièse, signalons la monographie de Arlow et Brenner (1964), intitulée *Les Concepts psychanalytiques et la Théorie structurale*.
5. Freud a aussi utilisé le terme « système » : « système perceptuel », « système de la mémoire et de l'association », « système inconscient », « système préconscient », « système conscient » – apparemment dans le même sens, c'est-à-dire en référence à des parties de l'appareil psychique (Siomopoulos, 1983).
6. Parmi les ouvrages disponibles en français et s'inscrivant dans la perspective structuraliste en psychopathologie, on peut noter celui de Dellaert et Carp (1956), traduit du néerlandais, qui aborde le champ de la psychopathologie infantile, l'ouvrage de Carp et Dellaert (1976) qui propose une perspective structuraliste en psychopathologie et psychothérapie, et enfin celui de Wiener (1983) : *Structure et Processus dans la psychose*. Dans son livre intitulé *La Personnalité normale et pathologique*, Bergeret nous offre un historique détaillé des différentes contributions, notamment françaises, découlant de l'introduction du concept de structure en psychopathologie.
7. Le troisième de ces volumes fut traduit en anglais et parut, en 1984, chez Brunner/Mazel, prestigieuse maison d'édition, sous le titre *Structural Psychopathology. Structure and Evolution*.
8. Selon Afgoustidis (1989), ces deux notions sont ainsi définies : (a) « La condensation consiste en une représentation par un élément unique d'une pluralité de thèmes inconscients. » ; (b) « le déplacement consiste en un report de l'accent (de l'importance psychique) d'une représentation sur une autre avec laquelle elle se trouvait liée par leur co-appartenance à la même chaîne associative ».
9. Dans le *Petit Lexique* de l'ouvrage de Fages (1990) figurent les définitions suivantes : (a) métaphore (selon Jakobson et Lacan) : substitution de signifiants à la faveur d'une similarité de signification ; (b) métonymie (selon les mêmes) : substitution de signifiants à la faveur d'une contiguïté de signification. Pour ce qui est du terme « signifiant », Fages note deux sens : au sens sémiologique, il s'agit d'une partie du signe qui est perceptible (visible, audible) ; au sens lacanien, la définition du signifiant donnée ci-dessus est acceptée en ce qui concerne le conscient. Dans l'inconscient, le signifiant est « ce qui peut s'articuler dans un système, une chaîne (à partir du signifiant premier, le phallus) » (Fages, 1990).
10. En partant de la définition de la structure comme « organisation ou ordre des parties », Siomopoulos affirme qu'il s'intéresse à l'ordre que manifeste la pathologie. Les expériences psychopathologiques sont des systèmes de transformations, structures psychopathologiques qui structurent le monde et sont structurés par lui, bien que de manière inadaptée.
11. Bergeret considère que ce processus, qui débute, sans doute, avant la naissance, se déroule sous l'influence de différents facteurs : l'hérédité, le mode de relation aux parents dès les tout premiers moments de la vie, les frustrations, les traumatismes et les conflits rencontrés, les défenses organisées par le Moi pour résister aux poussées internes et externes, les pulsions du Ça et la réalité.

12. Selon Bergeret, la structure mélancolique constitue, au plan topique, à la fois une faille du Moi et une faillite de l'Idéal du Moi. L'économie pulsionnelle régresse d'un niveau phallique aux stades prégénitaux à la fois oral et anal. L'angoisse du sujet (en relation avec le sentiment que l'objet est perdu maintenant et, donc, avec une menace immédiate de morcellement) conserve de son évolution antérieure des marques d'anxiété anaclitique. La relation objectale, précédemment ambivalente (haine et amour à la fois), est dominée par la primauté de l'agressivité. Les mécanismes de défense sont représentés par un déni secondaire d'une partie de la réalité et par une introjection très archaïque de type dévorateur.
13. Le clivage du Moi « consiste en la coexistence simultanée au sein du Moi de deux attitudes contradictoires, l'une qui tient compte de la réalité, l'attitude normale, l'autre qui, sous l'influence des pulsions, détache le Moi de la réalité » (Afgoustidis, 1989).
14. Selon Laplanche et Pontalis (1973), le déni de la réalité est le « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme ».
15. « Opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion » (Laplanche & Pontalis, 1973).
16. « Terme introduit par Jacques Lacan : mécanisme spécifique qui serait à l'origine du fait psychotique ; il consisterait en un rejet primordial d'un **signifiant** fondamental... » (Laplanche & Pontalis, 1973). Pages (1990) définit la forclusion comme une « rature définitive d'un événement, de telle sorte qu'il ne pourra jamais être remémoré ».
17. Le Moi va distinguer à propos du même objet, tantôt une imago positive et rassurante, tantôt une imago négative et terrifiante, sans possibilité de concilier à la fois les deux imagos contradictoires. Sous des appellations diverses, ce clivage des imagos a été mis en évidence par l'école kleinienne.
18. Dans le *Glossaire du DSM-III-R*, l'idée délirante est définie comme une croyance personnelle erronée, fondée sur une induction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire (American Psychiatric Association, 1989).
19. Mucchielli et Mucchielli (1969) notent qu'en sciences humaines, le structuralisme est devenu la recherche des formes ou structures. Par rapport à celles-ci, ils apportent les trois précisions suivantes : « (a) ces réalités formelles sont des constantes et leurs contenus historiques (le concret observable) sont variables ; (b) elles sont ce qui donne un sens aux contenus (structures de signification) ; (c) elles sont dynamiques (organisatrices, informantes ou déformantes, donatrices de forme, c'est-à-dire structurantes) et présentes dans leurs contenus variables (invariant immanent) ».
20. Selon Reed (1974), le folklore et les superstitions, les progrès de la science et de la technologie, et la structure de la société dans laquelle vit le patient, offrent les explications dont celui-ci a besoin.
21. Siomopoulos rappelle que les idées de regarder et d'être regardé occupent une place importante dans les premières conceptualisations philosophiques, chez Sartre (1943).
22. L'idée délirante de référence est définie dans le *DSM III-R* comme l'idée délirante selon laquelle les événements, les objets et les autres personnes de l'environnement immédiat du sujet ont une signification particulière et inhabituelle, généralement négative ou péjorative (American Psychiatric Association, 1989).
23. L'idée délirante d'influence représente, selon le *Glossaire du DSM III-R*, le délire dans lequel les sensations, les impulsions, les pensées ou les actions sont ressenties comme n'étant pas propres au sujet (American Psychiatric Association, 1989).

# **Chapitre 15**

## **Psychopathologie intégrative-holistique**

### **Sommaire**

- 1. Du morcellement à l'intégration**
- 2. Un exemple : qu'apporte l'approche intégrative-holistique  
à la compréhension du trouble du spectre de l'autisme ?**

Face aux troubles mentaux, les cliniciens et les chercheurs se heurtent à deux difficultés majeures : (a) la multitude et la diversité des approches utilisées pour étudier et pour comprendre ces troubles (approches présentées dans les quatorze autres chapitres de cet ouvrage) et (b) la complexité du fonctionnement psychopathologique qui est, d'ailleurs, en grande partie, à l'origine du développement de ces différentes manières de l'aborder. Dans ce contexte, la solution serait de promouvoir un nouveau paradigme<sup>1</sup>, de complexité, qui comme le souligne Edgar Morin (1982), puisse nous permettre de distinguer, séparer, opposer les approches existantes, tout en les faisant communiquer et en prenant soin de ne pas opérer des réductions. « Il faut un paradigme de complexité, qui à la fois disjoigne et associe, qui conçoive les niveaux d'émergence de la réalité sans les réduire aux unités élémentaires et aux lois générales » (Morin, 1982, p. 273).

Le choix de l'intitulé *psychopathologie intégrative-holistique* s'est fait en éliminant d'autres variantes envisageables, notamment celles impliquant les dérivés de « disciplinaire » ou de « théorique », issus de l'utilisation des préfixes pluri-, multi-, inter- ou trans-, car une partie des approches faisant l'objet des quatorze autres chapitres de cet ouvrage ne constituent ni des disciplines ni des théories (comme c'est le cas, par exemple, des approches athéorique et expérimentale).

L'utilisation de l'adjectif qualificatif *intégrative* dans le titre de ce chapitre peut soulever certaines objections, en relation notamment avec les débats suscités par son utilisation dans le champ des psychothérapies, parfois désignées comme intégratives-éclectiques. En effet, le mot éclectique<sup>2</sup> a des connotations plus ou moins positives. Norcross et Grencavage (1989), deux spécialistes des psychothérapies intégratives-éclectiques, distinguent l'intégration de l'éclectisme, ce dernier étant principalement technique, athéorique, empirique et réaliste. L'intégration, quant à elle, serait une démarche idéaliste, davantage théorique qu'empirique, visant la création d'une nouvelle école par la fusion d'éléments dans un tout unifié.

Dans le cas du présent ouvrage de psychopathologie, l'intégration est conçue comme plutôt *pragmatique, évolutive-dynamique, ouverte aux critiques constructives et au dialogue*. Plutôt pragmatique, car son objectif est d'apporter des réponses de plus en plus complètes aux questions soulevées par la pratique. Comme tous les jours, toutes les semaines, de nouveaux résultats apparaissent,

elle ne peut pas rester figée, statique, et doit incorporer, s'approprier, assimiler (tout en évitant les effets de mode !) de nouvelles connaissances dont certaines peuvent remettre en cause ce qui peut être considéré aujourd'hui comme une vérité. Enfin, il me paraît important de souligner que sans critiques, sans débats, la psychopathologie ne peut se développer.

J'utilise avec prudence l'adjectif « intégrative » en raison des réserves manifestées par différents auteurs. Ainsi, Conrad Lecomte (1987a, p. 31), connu pour ses travaux sur l'intégration des psychothérapies, écrivait : « Le rêve d'une synthèse achevée semble presque conduire à une utopie ou à une illusion narcissique de compréhension complète et parfaite de l'existence humaine. Les efforts de synthèse récusant la dissidence risquent souvent d'aboutir à un syncrétisme nivelant sous des atours trompeurs d'efficacité. »

L'approche que je présente dans ce chapitre est désignée comme *intégrative*<sup>3</sup> parce qu'elle réunit l'ensemble des informations pertinentes apportées par les autres approches de la psychopathologie, informations qui permettent de formuler des réponses (partielles ou complètes) aux questions que soulèvent, pour le chercheur et pour le praticien, les troubles mentaux. Dans ce sens, l'intégration proposée ici *a comme objectif* de réunir les contributions des différentes approches, contributions obtenues dans des cadres théoriques différents, avec des méthodes spécifiques à ces cadres théoriques, et *ne vise pas* une fusion des approches pour créer un corpus théorique nouveau ou une méta-approche. Dans une perspective apportée par la théorie des systèmes, l'approche présentée dans ce chapitre implique l'interaction des différentes données sur les troubles mentaux obtenues grâce aux différentes autres approches utilisées qui, dans la production de connaissances, gardent leur totale autonomie. Cela implique, aussi, le refus de toute hiérarchisation des approches. De cette manière, je me situe dans la perspective décrite par Edgar Morin : distinguer, séparer, opposer les approches existantes, tout en les faisant communiquer et en prenant soin de ne pas opérer des réductions.

L'approche utilisée dans ce chapitre est désignée, en même temps, comme *holistique*, terme qui fait référence à une vision particulière de la personne humaine et de son fonctionnement psychique. Même si pour des raisons liées aux canons de la recherche, les informations sont habituellement obtenues par des investigations parcellaires, par un « saucissonnage » du tout, le but ultime de l'approche intégrative-holistique est de reconstituer l'entier. D'autre part, l'adoption de l'approche intégrative-holistique souligne le fait que notre intérêt

dépasse le trouble dont est porteuse la personne, pour inclure, aussi, toutes les conséquences psychologiques (au sens large) et sociales du diagnostic psychopathologique. L'adoption d'une perspective holistique est proche de celle proposée par Magnusson (2000) qui considère qu'elle peut constituer la base de l'intégration et de l'unification des différentes perspectives adoptées dans l'étude du développement humain.

## 1. Du morcellement à l'intégration

La problématique de l'intégration n'est pas spécifique à la psychopathologie. Elle se pose, en général, en *science* et Morin (1982) plaide en faveur d'une nouvelle transdisciplinarité<sup>4</sup> qui permette de faire communiquer ce qu'il appelle « les trois grands domaines » : la physique, la biologie et l'anthropo-sociologie. Le circuit qui se forme, désigné comme « encyclopédant » parce qu'il implique des sphères qui ne communiquaient pas jusqu'alors, est « comme une roue extérieure qui entraîne une roue intérieure, celle de l'articulation théorique », à partir de quoi essaie de s'auto-constituer une théorie complexe de l'organisation. Morin précise, toutefois, que l'objectif n'est pas de trouver « un principe unitaire de toutes les connaissances » – ce qui constituerait « une nouvelle réduction » –, mais « la communication sur la base d'une pensée complexe » (p. 274).

En *psychologie* aussi, et depuis longtemps, des chercheurs ont proposé d'établir des liens entre ses différents champs sous-disciplinaires. Dans leur étude sur l'unification de la psychologie, Sternberg et Grigorenko (2001) notent que parmi les premiers à avoir de telles préoccupations se trouve, dès le début du xx<sup>e</sup> siècle, Baldwin (1897/1906 ; 1902). Plus récemment, des propositions allant dans le sens de l'unification ont été faites par des auteurs comme Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979 ; Bronfenbrenner et Morris, 1998), Lerner (1998) ou Cairns (1998).

Partant du constat que la psychologie a souffert d'une crise de désunion, Staats (1991) propose de réaliser l'unification de cette discipline par l'intermédiaire de deux types de théories :

- les théories *inter-niveaux*, qui tentent d'établir des ponts entre les différents niveaux d'analyse d'un phénomène psychologique. Dans ce cas, il s'agit d'établir des connexions entre un niveau d'analyse plus élémentaire (comme, par exemple, celui de l'apprentissage) et un second niveau d'analyse, plus molaire (l'apprentissage du langage) ;



– les théories *inter-champs*, qui cherchent à établir des connexions entre deux champs d'analyse (comme, par exemple, les champs biologique et psychologique) d'un même objet d'étude. Ceci permettrait d'établir des liens entre les résultats obtenus par des chercheurs qui étudient un même problème avec des méthodes différentes et en adoptant des perspectives différentes.

Pour unifier la psychologie, Sternberg et Grigorenko (2001) ont proposé le concept de *psychologie unifiée* qui peut être défini comme une étude multiparadigmatique, multidisciplinaire et intégrée des phénomènes psychologiques, en utilisant des démarches (des opérations) convergentes. Le terme *démarches convergentes* a été introduit par Garner *et al.* (1956) et fait référence à l'utilisation de multiples méthodes pour l'étude d'un seul phénomène ou d'un seul problème psychologique. Cette démarche permettrait de pallier l'une des principales erreurs des psychologues, comparable à la synecdoque<sup>5</sup>, celle de prendre la partie pour le tout. La proposition de Sternberg et Grigorenko part du constat que l'histoire de la psychologie peut être conçue comme celle d'une série de paradigmes qui ont échoué, parce qu'ils offraient des perspectives incomplètes, parcellaires, en se centrant sur des parties de l'entier et ne réussissant pas à apporter des réponses complètes aux questions que les chercheurs se posaient.

En *psychopathologie*, les tentatives de rapprochement de certaines approches sont, elles, aussi, anciennes. Rappelons le texte bien connu où Freud (1920/1951) mentionnait la biologie, « un domaine aux possibilités illimitées », et le fait que nous ne pouvions pas deviner les réponses qu'elle « donnerait dans quelques décennies aux questions que nous lui posons ». Vers la fin du xx<sup>e</sup> siècle et avec le développement des techniques d'investigation de l'activité cérébrale, plusieurs chercheurs se sont, à nouveau, penchés sur la question du rapprochement entre psychanalyse et biologie.

Un moment important a été constitué par la parution, en 1998 et 1999, des deux articles de Kandel qui reçut en 2000 le prix Nobel de médecine pour ses travaux sur la biologie de la mémoire, résultat de recherches menées principalement sur l'aplysie (mollusque sans coquille, connu sous le nom de lièvre de mer ou de lièvre marin) et notamment sur les traces que laisse l'expérience sur les neurones du système nerveux très simple de ce mollusque. Dans ces articles, Kandel manifeste son admiration pour la psychanalyse. Dans l'article de 1999, il écrit qu'au « cours de la première moitié du xx<sup>e</sup> siècle, la psychanalyse a révolutionné notre compréhension de la vie mentale » (p. 505). Et même lorsqu'à l'entrée

dans le XXI<sup>e</sup> siècle, il note « un déclin de son influence » Kandel souligne que « la psychanalyse représente encore la vision de l'esprit la plus cohérente et la plus satisfaisante intellectuellement » (p. 505).

Pour « revitaliser » la psychanalyse (le verbe utilisé ici a mis en colère certains psychanalystes !), Kandel propose le développement d'une relation plus étroite avec la biologie en général et les neurosciences cognitives, en particulier. Cette relation ne pourra être que bénéfique et, Kandel cite François Jacob qui prédisait qu'au XXI<sup>e</sup> siècle la mémoire et le désir seront à la biologie ce que les acides nucléiques et les protéines furent au XX<sup>e</sup> siècle.

Le lancement de la *neuropsychanalyse* – dont le représentant le plus connu est Mark Solms, professeur de neuropsychologie à l'université de Cape Town – a constitué un autre moment important dans le rapprochement (tant controversé !) des approches biologique et psychanalytique (Kaplan-Solms et Solms, 2000). À la même époque a été créée la Société internationale de neuropsychanalyse et la revue *Neuropsychoanalysis*. En France les critiques à l'égard de ce rapprochement ont visé principalement une interprétation naïve des données de la neuro-imagerie fonctionnelle, les supposées relations anatomo-fonctionnelles<sup>6</sup>, le renouveau d'une phrénologie rampante et Pierre Fedida évoqua même dans un article paru dans la *Recherche*, « le canular de la neuropsychanalyse ».

En même temps, il faut noter qu'un colloque organisé au Collège de France en 2008 (Magistretti et Ansermet, 2010) et l'ouvrage collectif dirigé par Ouss, Golse, Georgieff et Widlöcher (2009) analysent les enjeux – aux plans épistémologique ou pragmatique – d'un rapprochement de la psychanalyse avec les neurosciences et s'interrogent, à juste titre, si cette tentative d'articulation théorico-clinique devrait déboucher sur l'émergence d'une nouvelle discipline.

Le débat sur le bien-fondé du rapprochement entre neurosciences et psychanalyse et plus particulièrement, de l'étude des concepts psychanalytiques avec des méthodes propres aux neurosciences anime la communauté internationale des chercheurs et l'examen du contenu des 16 articles parus en 2014 dans *Frontiers in Human Neuroscience* et dans *Frontiers in Psychoanalysis and Neuropsychoanalysis* montre que pour certains, la recherche en neurosciences peut bénéficier de l'étude des concepts psychanalytiques, tandis que pour d'autres, la psychanalyse bénéficierait, elle aussi, de la recherche neuroscientifique (Axmacher *et al.*, 2014). La conclusion qui tend à se dégager

des publications des dernières années est qu'à l'antagonisme commence à se substituer, lentement, le dialogue.

Une autre tentative de rapprochement entre deux approches est due à Devereux (1985) qui écrivait qu'un « phénomène humain qui n'est expliqué que d'une seule manière n'est, pour ainsi dire, pas expliqué du tout et n'est donc pas pleinement exploitable... et cela même et surtout si sa première explication le rend parfaitement compréhensible, contrôlable et prévisible dans le cadre de référence qui lui appartient en propre » (p. 13). Pour aller plus loin, Devereux propose l'*ethnopsychanalyse complémentariste*, en référence à la complémentarité des discours de deux sciences « pures », l'ethnologie et la psychanalyse.

En psychopathologie – tout comme en psychiatrie et en général, en médecine – le *modèle bio-psycho-social* qui intègre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales a occupé et occupe encore une place importante. Il a été proposé, en 1977, en réaction au modèle biomédical traditionnel par George Engel, psychiatre passionné par la psychosomatique. Pour Engel, les trois dimensions mentionnées s'influencent les unes les autres, selon un paradigme systémique. Le modèle bio-psycho-social ne présuppose, donc, aucune causalité linéaire ou unidimensionnelle.

Partant de ce que Bergner (2004) désigne comme une « balkanisation » de l'explication en psychopathologie, cet auteur propose d'articuler les explications fournies par les approches behavioriste, cognitiviste, systémique, psychanalytique et biologique, en considérant la pathologie comme une incapacité, une dysfonction qui se manifeste dans chacune des approches psychologiques mentionnées. Évidemment, ces déficits spécifiques ont des causes qui leur sont propres. L'unification de ces explications partielles donnera, selon Bergner, une image plus complète de chaque trouble.

Une perspective intégrative visant l'étiologie des troubles mentaux nous est proposée par Barlow et Durand, auteurs d'un manuel de psychologie pathologique. Dans la dernière édition de leur ouvrage (2015), ces deux auteurs présentent, en s'appuyant sur les publications les plus récentes, des modèles intégratifs plus sophistiqués de certains troubles. Ainsi, les troubles des conduites alimentaires, par exemple, bien qu'identifiables en raison de leurs caractéristiques, présentent de nombreux facteurs causaux communs : forte réactivité aux événements de vie stressants, présence d'émotions négatives et

incapacité à tolérer certains états émotionnels (« intolérance face aux humeurs »), présence de certaines caractéristiques de personnalité (comme la tendance au surcontrôle), présence d'anxiété et de troubles de l'humeur dans leurs familles, pressions sociales et culturelles en faveur de la minceur, importance accordée dans certaines familles à l'apparence physique pour assurer la réussite sociale, certaines dispositions génétiques.

L'approche intégrative – comme nous le montre cet exemple – vise, très souvent, une explication aussi complète que possible au plan *étiologique*. Elle peut, aussi, avoir comme objectif la *prédiction du risque* d'apparition des troubles et maladies et même aller plus loin et proposer un *modèle intégré d'intervention*. Une telle tentative a été faite par Carlstedt (2010a et b), sur la base d'une révision du modèle « haut-risque de la perception de la menace » (HRPM) proposé par Wickramasekera (1988). Au centre de ce modèle se trouve un ensemble de facteurs de risque importants qui augmentent le stress, déclenchent l'apparition des symptômes et influent sur l'efficacité de l'intervention en agissant sur la maniabilité de celle-ci et sur la compliance. Ces facteurs de risque sont de deux types :

- a. des facteurs liés à la personne, identifiées comme étant la suggestibilité (évaluée avec l'Échelle Stanford de prédisposition à être hypnotisé), le névrosisme (tel que mis en évidence par l'Inventaire de personnalité d'Eysenck) et le coping répressif (qui concerne la capacité à bloquer les perceptions, les souvenirs et les humeurs négatives, style de coping qui favorise l'inattention à des situations aversives et l'amplification des situations positives) ;
- b. des facteurs situationnels constitués d'événements qui déclenchent et/ou précipitent l'apparition de la maladie (changements majeurs de vie et tracas apparaissant durant une courte période de temps).

L'apparition des troubles est aussi liée à l'absence d'une autre catégorie de facteurs – les « amortisseurs » qui jouent un rôle protecteur – constitués principalement par les systèmes de soutien social et les stratégies avancées de coping centrées sur le problème, sur l'émotion ou sur la perception de la menace.

Pour contourner les distorsions présentes dans les verbalisations de la personne et dans les informations obtenues à travers ce qui est auto-rapporté par celle-ci lors des évaluations, des enregistrements physiologiques sont aussi effectués (l'enregistrement de la variabilité du rythme cardiaque au cours d'une tâche de numération à rebours de sept en sept, génératrice de stress). En fonction des

résultats à une évaluation neurocognitive, un examen EEG quantitatif peut être prescrit. Le modèle intégratif proposé par Wickramasekera et adapté par Carlstedt implique une évaluation initiale et des évaluations répétées au cours de l'intervention thérapeutique.

L'analyse des différentes modalités d'intégration<sup>7</sup> proposées dans les publications disponibles m'amène à évoquer une proposition qui, bien que justifiée, apparaît comme très particulière : il s'agit de la perspective intégrative appliquée au sein d'une *seule* et même approche. Ainsi, Cicchetti (2000) définissait la psychopathologie développementale comme un champ interdisciplinaire en évolution qui cherche à élucider l'interaction entre les aspects biologiques, psychologiques et socio-contextuels du développement normal et pathologique tout au long de la vie. Plus récemment, Masten (2006) adopte la même position et considère que le cadre conceptuel prévalent en psychopathologie développementale est la théorie des systèmes.

Dans l'élaboration d'une psychopathologie intégrative-holistique, ma démarche a débuté avec la comparaison des 14 approches décrites au départ. Plusieurs chercheurs dont Millon et Diesenhuis (1972), Siegler et Osmond (1974), Price (1978) ou Weckowicz (1984) ont fourni des critères utilisables lors d'une telle comparaison. L'étude entreprise m'a conduit à cerner, évidemment, des différences, mais aussi des points de convergence et surtout de complémentarité essentiels pour la compréhension des troubles mentaux. Il a été ainsi possible de constater que les différentes approches permettent de mieux cerner les facteurs étiologiques et les mécanismes sous-jacents aux troubles mentaux, ainsi que l'évolution de ceux-ci dans le temps. Elles permettent, aussi, d'envisager les effets des troubles mentaux sur le fonctionnement socioprofessionnel du patient et sur la vie des personnes qui se trouvent dans son environnement. La place accordée au patient en psychopathologie devient plus importante car nous pouvons savoir comment il vit ses troubles et quelle est la perception qu'ont de lui non seulement les soignants mais aussi les personnes qui vivent autour de lui et les membres de la communauté dans laquelle il vit.

À partir de ces constats, il est devenu possible de formuler une série de questions auxquelles les différentes approches apportent des éléments de réponse qui peuvent ainsi être réunies. Ces questions, au nombre de huit, sont les suivantes :

1. quelle est la spécificité du tableau clinique d'un trouble particulier et comment pouvons-nous le différencier d'autres tableaux cliniques ?

2. quelle est la prévalence de ce trouble et quelles en sont les conséquences pour l'organisation de la prise en charge ?
3. quels sont les facteurs étiologiques impliqués dans l'apparition de ce trouble et quels sont les mécanismes sous-jacents à son apparition ?
4. comment évolue ce trouble au cours de la vie ?
5. quels sont les effets de ce trouble sur le fonctionnement socioprofessionnel de la personne qui présente ce diagnostic ?
6. quels sont les effets de ce trouble sur la vie des personnes qui se trouvent dans l'environnement d'une personne présentant ce diagnostic ?
7. comment vit son trouble la personne qui le présente ?
8. comment sont perçus le patient et ses troubles par les membres de la communauté, de la société dans laquelle il vit ?

Les réponses (plus ou moins complètes...) à ces questions sont données par des chercheurs et des praticiens, à partir de ce que les différentes approches peuvent apporter avec leur cadre théorique et leurs outils spécifiques. Recueillies séparément, les informations respectives doivent être mises en commun ; ceci implique une franche collaboration entre des spécialistes ayant souvent des formations différentes qui doivent s'engager dans un processus d'échanges visant à compléter autant que possible les espaces vides de l'immense puzzle de la psychopathologie.

## **2. Un exemple : qu'apporte l'approche intégrative-holistique à la compréhension du trouble du spectre de l'autisme ?**

Pour illustrer la contribution de l'approche faisant l'objet de ce chapitre à la connaissance des troubles mentaux, j'ai choisi le trouble du spectre de l'autisme (TSA), entité qui a suscité et suscite toujours un grand intérêt de la part des chercheurs et des cliniciens. La présentation se fera en suivant les huit questions mentionnées ci-dessus, en spécifiant l'apport de chacune des autres quatorze approches.

### **2.1. Quelle est la spécificité du tableau clinique du TSA**

## et comment pouvons-nous le différencier d'autres troubles cliniques ?

Cette question vise le diagnostic, c'est-à-dire le processus qui, à partir des manifestations cliniques décelées chez une personne, de l'étude de son fonctionnement psychique et des résultats obtenus aux divers instruments d'investigation qui lui ont été administrés, permet de préciser le nom du trouble présent chez cette personne (Ionescu, 2010). Les questions soulevées par le diagnostic occupent actuellement une place importante en psychopathologie et bien que de nombreuses critiques aient été avancées à l'égard du diagnostic, fait avec rigueur et prudence celui-ci comporte au moins cinq avantages : il oriente le traitement, permet de formuler un pronostic, facilite la communication entre les cliniciens, ajuste la communication avec le patient et engendre plusieurs bénéfices secondaires pour le clinicien qui, notamment, « maîtrise » mieux la situation clinique (Ionescu, 2010, pp. 160-161).

Une partie importante de la réponse à la première question posée ici nous est fournie par l'approche dite **athéorique** (voir le chapitre 1 de cet ouvrage), avec les indications contenues dans la dernière édition du manuel de l'Association américaine de psychiatrie, le *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013)<sup>8</sup>. En l'absence de la onzième édition de la Classification internationale de maladies (*CIM-11*), annoncée comme imminente, et dont « l'harmonisation » (« autant que possible ») avec le *DSM-5* est mentionnée dans le texte de ce dernier (p. 11), il est impossible de comparer ces deux systèmes diagnostiques.

Dans le *DSM-5*, des troubles diagnostiqués séparément dans le *DSM-IV TR* – l'autisme infantile de Kanner, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance et le trouble envahissant du développement non spécifié – sont décrits sous une même étiquette diagnostique : le trouble (au singulier) du spectre de l'autisme (TSA) (American Psychiatric Association, 2013). Le TSA fait partie de l'un des 22 groupes d'affections décrites dans le *DSM-5*, celui des troubles neuro-développementaux. Le syndrome de Rett n'est pas inclus dans le TSA<sup>9</sup>.

La spécificité du tableau clinique du TSA est décrite dans le *DSM-5* sur la base des cinq critères suivants, notés de A à E.

- **Critère A.** Présence de déficits persistants dans la communication sociale et les interactions sociales, manifestés dans différents contextes et s'exprimant actuellement ou dans les antécédents de la personne sous des formes

différentes. Le manuel donne trois exemples de telles manifestations, tout en précisant que ces exemples sont illustratifs et pas exhaustifs :

- déficits de la réciprocité socio-émotionnelle allant, par exemple, d'une approche sociale anormale de l'autre et de l'échec d'une conversation normale comportant des échanges, à un partage réduit des intérêts, des émotions, des affects ou à l'échec de l'engagement dans des interactions sociales ou de la réponse à celles-ci ;
- déficits des comportements non verbaux de communication utilisés dans les interactions sociales allant, par exemple, d'une faible intégration des communications verbale et non verbale à des altérations du contact oculaire et du langage corporel ou à des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes ou à l'absence totale des expressions faciales et de la communication non verbale ;
- déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations allant, par exemple, de difficultés dans l'adaptation du comportement pour qu'il convienne à différents contextes sociaux, à des difficultés à participer à un jeu imaginaire ou à se faire des amis et à l'absence d'intérêt pour les pairs.

• **Critère B.** Le caractère restreint, répétitif des intérêts et des activités, comme en témoignent au moins deux des manifestations suivantes (les exemples donnés sont uniquement illustratifs et non pas exhaustifs) :

- mouvements, utilisation d'objets, langage stéréotypés ou répétitifs [par exemple, présence de stéréotypies motrices simples, alignement de jouets ou le fait de donner de petits coups (des chiquenaudes) aux objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques] ;
- insistance sur le fait que les choses restent toujours pareilles (identité), adhésion rigide aux routines ou configurations de comportements verbaux ou non verbaux ritualisés (par exemple, détresse extrême lors de petits changements, difficultés lors de transitions, mode de pensée rigide, rituels de salutation, besoin de prendre le même chemin ou de manger le même aliment tous les jours) ;
- intérêts très restreints, fixes, anormaux comme intensité ou centration (par exemple, un fort attachement ou préoccupation pour des objets inhabituels, intérêts excessivement circonscrits ou persévératifs) ;
- hyper- ou hypo-réactivité sensorielle ou intérêt inhabituel pour les éléments sensoriels de l'environnement (par exemple, apparente indifférence à la douleur ou à la température, réponse adverse à des sons ou textures spécifiques,



reniflement ou toucher excessif des objets, fascination visuelle par rapport aux lumières ou au mouvement).

Pour les critères **A** et **B**, la gravité est évaluée sur trois niveaux : nécessitant du soutien (soutien de niveau 1), nécessitant un soutien substantiel (niveau 2), nécessitant un soutien très substantiel (niveau 3).

- **Critère C.** Les symptômes doivent être présents tôt au cours du développement (mais peuvent ne pas se manifester totalement jusqu'à ce que les demandes sociales ne dépassent les capacités limitées de la personne ou peuvent être masqués par des stratégies apprises plus tard au cours de la vie).
- **Critère D.** Les symptômes engendrent un déficit cliniquement significatif dans les domaines social, professionnel et dans d'autres domaines du fonctionnement présent.
- **Critère E.** Les perturbations décrites ne sont pas mieux expliquées par une incapacité intellectuelle (trouble développemental intellectuel) ou par un retard développemental global. L'incapacité intellectuelle et le TSA apparaissent fréquemment en même temps ; pour faire le diagnostic de comorbidité (TSA et incapacité intellectuelle), la communication sociale doit être à un niveau plus bas que le niveau général de développement.

Le *DSM-5*, et donc l'approche dite **athéorique**, contribue aussi aux réponses à la question n° 1, avec des indications concernant le *diagnostic différentiel* du TSA (American Psychiatric Association, 2013, pp. 57-58), qui doit se faire avec les entités suivantes : le syndrome de Rett, le mutisme sélectif, les troubles du langage et le trouble de la communication sociale (pragmatique), l'incapacité intellectuelle (trouble développemental intellectuel) sans TSA, le trouble mouvement stéréotypé, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et finalement, avec la schizophrénie (avec début au cours de l'enfance).

La place occupée par l'approche **behavioriste** dans le diagnostic du TSA peut être facilement délimitée en examinant les outils élaborés pour le dépistage précoce de l'autisme, pour le diagnostic de ce trouble ainsi que pour le suivi des patients. Ces instruments sont composés d'items qui font référence à des comportements considérés comme spécifiques au TSA<sup>10</sup>. L'information ainsi recueillie provient de l'observation des comportements de ces patients et des données provenant de la famille et des soignants. D'autres instruments de ce type ont été conçus pour le diagnostic du TSA chez des personnes avec retard mental<sup>11</sup>, la comorbidité TSA-incapacité intellectuelle étant fréquente.

Une alternative aux échelles d'évaluation comportementale, ayant comme base l'approche **psychanalytique** a été proposée par Geneviève Haag et un groupe de psychanalystes français d'enfants (Haag *et al.*, 1995). Basée sur la conception de Haag que l'autisme constitue une problématique centrée sur la genèse de l'image du corps, la grille élaborée par ce groupe a été conçue autour des grandes étapes de la formation du moi corporel : (1) état autistique sévère (ou « réussi ») ; (2) étape de récupération de la première peau (sentiment d'enveloppe circulaire) ; (3a) phase symbiotique installée avec clivage vertical de l'image du corps ; (3b) phase symbiotique installée avec clivage horizontal de l'image du corps ; (4) phase d'individuation/séparation en corps total<sup>12</sup>.

L'évaluation avec cette grille permet de situer le patient sur un continuum évolutif allant de l'autisme profond au stade d'individuation. Les comportements observés peuvent être compris selon leurs aspects régressifs ou émergents. La grille de Haag *et al.* tente d'attribuer un sens<sup>13</sup> ou une valeur dans la relation à l'autre aux symptômes et les hypothèses explicatives permettent de mieux appréhender le sujet dans sa globalité. Des éléments comme le sentiment d'exister, la perception de l'unité de son corps, nous permettent de mieux comprendre comment l'enfant habite son corps. Notons, toutefois, que les interprétations et la signification supposées des comportements de l'enfant, telles que présentées dans la grille de Haag *et al.*, n'ont pas valeur de vérité absolue ni de prédiction.

La question du diagnostic différentiel TSA-trouble développemental intellectuel a été aussi abordée dans le cadre de l'**approche éthologique**. Pegoraro *et al.* (2014) ont élaboré un éthogramme pour l'évaluation des enfants et adolescents présentant le double diagnostic. Basé sur l'observation de 88 éléments comportementaux, cet éthogramme s'est avéré être un instrument utile et puissant pour différencier ces deux entités cliniques fréquemment associées. Cette même approche éthologique a été aussi utilisée par une équipe de chercheurs français pour approfondir l'une des manifestations cliniques de l'autisme, mentionnées ci-dessus au **critère B**. Grandgeorge *et al.* (2015) ont, en effet, étudié les intérêts envers les autres et les interactions avec les autres dans un environnement naturel familial standardisé. La comparaison d'enfants âgés de 6 à 12 ans présentant un TSA avec des enfants ayant un développement typique a montré que dans ce type d'environnement, les enfants avec TSA ont manifesté plus d'intérêt pour les humains (par exemple, le parent présent lors de la

recherche) que les enfants sans TSA. Par contre – et contrairement aux résultats des recherches antérieures – ils ont manifesté moins d'intérêt pour un animal (un cobaye), ce qui amène les auteurs de cette recherche à considérer que les animaux sont plus difficiles à « décoder ».

Le diagnostic de TSA est habituellement basé sur l'écart des comportements des personnes par rapport à ce qui est considéré comme typique. Cependant, ce qui est typique peut être différent d'une culture à l'autre et c'est ici qu'intervient l'approche **ethnopsychopathologique**. Un bon exemple de la manière dont les différences culturelles peuvent intervenir est fourni par Norbury et Sparks (2013). L'absence de contact oculaire et des gestes habituellement utilisés dans la communication sociale (comme le pointage) sont considérés comme des traits caractéristiques du TSA dans les cultures occidentales. Par contre, dans certaines cultures orientales, le contact direct oculaire et le fait de pointer avec l'index sont considérés comme une preuve d'impolitesse et il est « normal » qu'un enfant ou un adulte ne les utilise pas. Dans une étude où Freeth *et al.* (2013) ont utilisé le Quotient du spectre de l'autisme sur des étudiants d'université, il a été constaté que les étudiants malaisiens et indiens rapportaient plus de traits autistiques que les étudiants du Royaume-Uni.

L'étude de Perepa (2014) montre que l'importance que les parents d'enfants TSA accordent aux diverses compétences sociales de leur enfant varie en fonction de leur culture d'origine. Ainsi, l'importance accordée à l'utilisation des expressions faciales pour exprimer des émotions varie de 53 % chez les parents de culture afro-caraïbe, à 16 % chez ces personnes originaires d'Asie du sud-est. Pour l'utilisation des gestes (incluant le pointage) dans la communication, l'écart va de 67 % chez les personnes d'origine somalienne à 39 % chez les afro-caraïbes. Dans le contexte décrit, Freeth *et al.* (2013) posent la question de la fidélité et de la validité des instruments utilisés pour le dépistage et le diagnostic du TSA et plaident, comme d'autres auteurs, en faveur de la multiplication des recherches interculturelles.

L'approche **structuraliste** apporte, elle aussi, quelques contributions aux réponses possibles à la question qui retient notre attention ici. Certains auteurs tentent de distinguer la structure autistique des mécanismes autistiques. La *structure autistique* renverrait à une organisation pathologique primaire tandis que les *mécanismes autistiques* (d'intensité et de durée variables) viendraient surcharger toute pathologie précoce (d'ordre relationnel ou somatique) des interactions (Golse, 1995). À partir d'une analyse basée sur la théorie

poststructuraliste, Jennifer Gilling (2012) critique l'utilisation des listes de pointage de symptômes pour faire le diagnostic de l'autisme. Ces instruments ont une tendance globalisante qui conduit à regrouper sous le diagnostic d'autisme l'énorme éventail d'expressions phénotypiques de ce trouble. En même temps – et en accord avec la position exprimée antérieurement par Olinger – Gilling s'interroge sur les motivations qui poussent les professionnels à fixer des « objectifs comportementaux » pour les enfants présentant un TSA et se demande si ces objectifs aident vraiment leurs interactions dans un monde qui désapprouve la différence. Pour Gilling, l'écoute du discours des personnes diagnostiquées comme autistes nous permettrait de mieux comprendre leurs identités et ainsi de mieux les aider.

**En conclusion**, nous constatons qu'en l'attente de la nouvelle Classification internationale des maladies (*CIM-11*), les critères diagnostiques du TSA sont fixés par des normes élaborées par l'Association américaine de psychiatrie, présentées dans le *DSM-5*, conçu comme le continuateur de l'approche dite *athéorique*. Pour le dépistage, le diagnostic, le suivi et le diagnostic différentiel des personnes présentant un TSA ont été élaborés des instruments dont la grande majorité vise le repérage des signes/symptômes du TSA et s'inscrivent, ainsi, dans une perspective *behavioriste*. Une grille de repérage a, cependant, été conçue à partir de l'approche *psychanalytique*. L'approche *éthologique* a permis l'élaboration d'un éthogramme qui facilite le diagnostic dans le cas de la comorbidité avec le retard mental. Cette même approche a permis l'étude des intérêts dans un milieu familial standardisé. Des recherches menées dans le cadre des perspectives *structuraliste* et *ethnopsychopathologique* attirent l'attention sur la nécessité de l'individualisation de l'approche des personnes avec TSA et respectivement, sur l'importance de la variabilité culturelle des critères diagnostiques.

## **2.2. Quelle est la prévalence du TSA et quelles en sont les conséquences pour l'organisation de la prise en charge ?**

À la base des études épidémiologiques, de la fiabilité de leur comparabilité d'un pays à un autre et d'une période à une autre, se trouvent les critères diagnostiques, la précision de ceux-ci et leur acceptation par ceux qui réalisent

de telles études. Actuellement, de telles études sont basées sur les critères diagnostiques de l'Association américaine de psychiatrie (les critères du *DSM*, donc de l'approche dite **athéorique**) et ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé (les critères de la *CIM-10*).

La première étude épidémiologique de l'autisme a été menée aux États-Unis en 1970 et la prévalence établie était de 1/5 000 enfants (Kim, 2012). En Europe et aux États-Unis, entre 2000 et 2010, le nombre d'enfants présentant le diagnostic d'autisme a augmenté de 5-9 à 90-110 pour 10 000 (Matson et Kozlowski, 2011). En Asie, aussi, le nombre a augmenté de 1,9 dans les années 1980 à 14,8 pour 10 000, en 2010 (Sun et Allison, 2010).

L'article ayant le titre provocateur « Y a-t-il une épidémie d'autisme ? » (Fombonne, 2001) était basé sur les taux de prévalence présentés dans plusieurs publications disponibles. En réponse à sa question, Fombonne répond par la négative et avance une série d'explications : l'élargissement de l'entité autisme, la reconnaissance du fait qu'il y a des autistes dont le niveau intellectuel est dans les limites normales, un meilleur dépistage grâce à la hausse du nombre de services compétents. À ces explications peut être rajoutée la sensibilisation du public par des actions dans les médias visant à faire connaître le TSA. Au cours des dernières années, la fréquence de ce trouble aux États-Unis et dans les autres pays est proche de 1 % de la population, avec des pourcentages proches pour des échantillons d'enfants et d'adolescents (American Psychiatric Association, 2013). Notons, aussi, que les recherches menées dans une perspective **ethnopsychopathologique** appuient la thèse de l'universalité de TSA (Ionescu, 2007, pp. 37-39).

Par rapport aux critères diagnostiques des *DSM-IV* et *DSM-IV-TR*, le *DSM-5* comporte des changements importants ayant des conséquences pour le calcul de la prévalence :

- le trouble autistique, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié ont été regroupés en une seule entité clinique, le trouble du spectre de l'autisme (TSA) ;
- comme les altérations des interactions sociales et de la communication ont été regroupées (critère A), le diagnostic du TSA est basé sur seulement deux regroupements de manifestations cliniques ;
- si pour le regroupement « caractère restreint, répétitif des intérêts et des activités » (critère B), le diagnostic du TSA requiert la présence d'au moins deux des quatre manifestations mentionnées, pour le critère A sont proposés

trois types de manifestations, sans préciser si toutes les trois doivent être présentes.

Dans une revue de la question et une méta-analyse menée sur 14 études retenues, Kulage *et al.* (2014) arrivent à la conclusion que les critères diagnostiques de la nouvelle édition du *DSM* vont entraîner une baisse du nombre de personnes présentant le diagnostic de TSA. Plus de la moitié des études retenues pour cette méta-analyse mettent en évidence une réduction de 25-68 % du nombre de cas. Tsai (2014) arrive à un constat comparable, la diminution constatée allant de 9 à 48 %.

Toutes les modifications notées auront, sans doute, des conséquences sur les politiques concernant la prise en charge. Tout d'abord, est à craindre le fait que des personnes ayant besoin d'assistance n'en bénéficieront plus car les études de prévalence fournissent des indications indispensables pour l'organisation de la prise en charge médico-psychologique et éducationnelle et pour la budgétisation des décisions adoptées. Notons, à titre d'information, que l'une des rares études sur le coût de la prise en charge des personnes présentant le diagnostic d'autisme (Ganz, 2007) l'estime, pour toute la vie, à 3,2 millions de dollars/personne.

## **2.3. Quels sont les facteurs étiologiques et les mécanismes sous-jacents à l'apparition du TSA ?**

La très grande quantité d'informations issues des recherches menées sur l'étiologie dans le cadre des approches **biologique** et **cognitiviste** m'a obligé à réaliser une synthèse basée sur les données les plus récentes.

Les résultats obtenus au cours des quinze dernières années confirment la conclusion de Rutter *et al.* (1997) que l'autisme infantile est probablement la « plus fortement génétique » de toutes les affections psychiatriques non mendéliennes. En effet, si en 2005, environ 10 % de l'étiologie génétique de l'autisme était clarifiée, sept ans plus tard, grâce aux progrès de la génomique, l'étiologie d'autres 25 % des cas a pu être élucidée (Krumm *et al.*, 2014).

L'Association américaine de psychiatrie (2013) considère que jusqu'à 15 % des cas de TSA semblent associés à une mutation génétique connue. Cependant, même dans ces cas, la mutation ne semble pas entièrement pénétrante. Pour le reste des cas, le risque semble être polygénique. Batancur (2011) a identifié plus

de 100 loci génétiques<sup>14</sup> pour lesquels il y avait des preuves d'association avec le TSA et des études de séquençage plus récentes (Sanders *et al.*, 2012 ; O'Roak *et al.*, 2012) laissent entrevoir que le nombre total de gènes liés au risque de TSA serait de plus de 1 000. Le grand nombre de variantes génétiques identifiées au cours des dernières années en relation avec le TSA témoigne de l'hétérogénéité génétique considérable de cette affection (Vorstman *et al.*, 2014).

L'identification des gènes sous-jacents à l'association TSA-Incapacité intellectuelle a été plus facile pour les troubles mendéliens ou monogéniques, comme, par exemple, le syndrome du X fragile (impliquant le gène FMR1), le syndrome de Rett (avec le gène MECP2) ou le syndrome d'Angelman (qui concerne le gène UBE3A) (Krumm *et al.*, 2014).

Une série de facteurs environnementaux de risque – comme l'âge parental avancé, le faible poids à la naissance ou l'exposition fœtale aux valproates<sup>15</sup> – peuvent contribuer au risque d'apparition d'un TSA (American Psychiatric Association, 2013). La nature multifactorielle de l'étiologie de l'autisme et l'implication de l'environnement ont orienté les chercheurs vers l'élaboration d'un modèle intégratif en réseau des interactions gènes-environnement (modèle GENVI) (Zeidan-Chulia *et al.*, 2013) ou vers l'étude de la contribution de l'épigénétique<sup>16</sup> à l'étiologie de ce trouble (Hall & Kelley, 2014).

Les études de neuro-anatomie ont mis en évidence une multitude de différences anatomiques diffuses qui seraient le reflet d'un changement développemental précoce dans la croissance ou l'élagage de tissus nerveux, plutôt que des lésions localisées (Eigsti et Shapiro, 2003). La macrocéphalie et la macro-encéphalie constituent les observations les plus conséquentes (Fahim *et al.*, 2012).

Si dans un premier temps, une relation a été établie entre certains symptômes du TSA (déficits de la communication et de la capacité à comprendre les autres) et un dysfonctionnement des neurones-miroirs<sup>17</sup> (Williams *et al.*, 2001), au cours des dernières années des prises de position remettant en cause ce lien ont fait leur apparition. L'ouvrage de Hickok (2014) constitue une sérieuse remise en question du rôle des neurones-miroirs dans la production du tableau clinique du TSA. Si des anomalies neuro-anatomiques ont été décrites dans le TSA, les mécanismes neurochimiques constitueraient le vrai « pourquoi », situé derrière une cascade de circuits nerveux qui fonctionnent mal et conduisent directement ou indirectement à l'apparition de l'autisme (Blatt, 2009).

Bien que l'autisme soit un trouble spécifiquement humain, les chercheurs tentent de développer des modèles **expérimentaux** animaux permettant d'approfondir nos connaissances sur le TSA (Tania *et al.*, 2014). Différentes caractéristiques de l'autisme – comme les comportements répétitifs, les déficits des interactions sociales et de la communication – peuvent être simulés chez les rongeurs. Des modèles animaux ont été générés par voie chimique (en utilisant l'acide valproïque et l'acide propionique) ou par voie génétique par mutagenèse (en étudiant les effets physiologiques et comportementaux de gènes impliqués dans le TSA comme les neurologine, les neurexines, les gènes Shank, etc.).

De nombreuses théories ont été proposées concernant la nature de la **dysfonction cognitive** sous-jacente à l'autisme. Rappelons-nous l'engouement provoqué par la théorie de l'esprit. Actuellement, deux directions originales sont suivies dans les recherches de type cognitiviste. La première vise à tester l'hypothèse de la relation de certains symptômes du TSA avec des troubles cognitifs spécifiques. Ainsi, la théorie de l'esprit serait en relation plus étroite avec les symptômes de la communication sociale, le déficit exécutif serait plus corrélé avec le comportement répétitif et la faible cohérence centrale serait spécifiquement reliée au profil cognitif irrégulier, aux talents et au caractère restreint des intérêts (Brunsdon et Happé, 2014). D'autres chercheurs s'orientent vers l'étude des contributions (distinctes ou en combinaison) des trois grandes théories du traitement cognitif – théorie de la faible cohérence centrale, du déficit exécutif, de la systématisation – au fonctionnement cognitif des personnes avec TSA (Vanegas et Davidson, 2015).

Dans l'inventaire des progrès sur l'étiologie du TSA, je citerai, enfin, une **hypothèse psychanalytique** prometteuse dont fait part Golse (1995). Il s'agirait de tester, dans le cas de l'autisme, le modèle de la « spirale transactionnelle » selon lequel « le *primum movens* des troubles pourrait bien revenir à l'enfant » (p. 470). Les particularités de son fonctionnement psychique désadapteraient, alors, la réponse des parents, laquelle en retour aggraverait le dysfonctionnement de l'enfant. S'instaurerait ainsi un véritable cercle vicieux à effet auto-aggravant.

Cette synthèse, proposée en guise de réponse à la question sur l'étiologie du TSA, montre que des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années, mais qu'un travail important reste à faire dans le cadre des approches biologique, cognitiviste, psychanalytique et même expérimentale. De nouvelles études sont notamment nécessaires pour établir les éventuels liens entre



modifications biologiques, dysfonctionnements cognitifs et manifestations chimiques.

## 2.4. Quelle est l'évolution du trouble du spectre de l'autisme au cours de la vie ?

Les professionnels en charge de cas de TSA sont souvent interrogés par les parents sur l'avenir de leur enfant, sur le degré d'autonomie qu'il pourra acquérir. Les études longitudinales menées dans le cadre de l'**approche développementale** nous aident à apporter des réponses à ces questions.

Vingt-huit ans après la parution de l'article où il avait décrit les onze cas princeps, Kanner (1971) a publié un autre article portant sur l'évolution de ces patients. Les informations recueillies par Kanner (avec l'aide de l'assistante sociale Barbara Ashenden) montrent la diversité des évolutions, avec un continuum allant de Donald T. (cas n° 1), chez qui l'évolution a été particulièrement favorable, à Barbara K. (cas n° 5), qui passa pratiquement toute sa vie dans des institutions de soins.

Selon Tsatsanis (2003), deux résultats se sont imposés à partir des études initiales sur l'évolution à long terme de l'autisme :

- la plupart des enfants autistes restent autistes en tant qu'adolescents ou adultes, le diagnostic est stable bien que les modes d'évolution varient beaucoup ;
- le niveau intellectuel et le développement langagier (et plus particulièrement, la présence, avant six ans, d'un langage pouvant servir dans la communication) constituent les meilleurs prédicteurs de l'évolution.

Dans une analyse de 25 études de suivi réalisées entre 1984 et 2013, Magiati *et al.* (2014) constatent que si certaines études montrent une stabilité au plan des fonctionnements cognitif, langagier et social, d'autres mettent en évidence une détérioration. Dans la plupart de ces études, le fonctionnement adaptatif tend à s'améliorer et on note, souvent, une diminution de la gravité des symptômes au niveau comportemental. L'étude de Magiati *et al.* confirme la valeur prédictive du niveau intellectuel et des capacités langagières.

En soulignant l'évolution très favorable de Donald Gray Triplett (le cas n° 1 de Kanner) et celle de Temple Grandin, devenue professeure d'université, Perkins et Berkman (2012) notent que, dans ces deux cas, les parents avaient refusé l'institutionnalisation de leur enfant. Lors de la publication de cet article, Donald avait 77 ans et Temple Grandin, 64. Perkins et Berkman notent, aussi, que 70-

75 % des enfants et adolescents ayant le diagnostic d'autisme présentent, au moins, une autre affection mentale (parmi les plus fréquentes, ils mentionnent les troubles anxieux et la dépression, les trouble obsessionnel-compulsif, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité). Les deux auteurs cités s'interrogent, aussi, pourquoi l'intensité de certains troubles psychiatriques spécifiques diminue avec l'âge. Ils citent Temple Grandin qui déclarait souffrir beaucoup moins d'anxiété au fur et à mesure qu'elle avançait en âge. Il est, enfin, important de noter deux tendances : une moindre espérance de vie comparativement à la population générale et une probabilité accrue de comorbidité avec des affections somatiques (et en particulier, des troubles gastro-intestinaux chroniques).

## **2.5. Quels sont les effets du TSA sur le fonctionnement socioprofessionnel des personnes présentant ce diagnostic ?**

En 1973, Kanner a publié le suivi de 96 enfants autistes réévalués lorsqu'ils étaient dans la vingtaine et dans la trentaine. La majorité était constituée de personnes très dépendantes, qui vivaient avec leurs parents, dans des lieux de vie protégés, dans des institutions pour personnes présentant des troubles de l'apprentissage ou dans des hôpitaux psychiatriques. Onze avaient un emploi et un suivait les cours d'un collège universitaire. Sept disposaient d'un chez-soi et un homme (compositeur de succès) était marié et avait un enfant.

Dans ses premiers comptes rendus, Asperger a dressé un tableau positif de l'évolution des patients présentant le syndrome qui porte son nom (cf. Frith, 1991). Ceux-ci étaient capables d'utiliser leurs talents et intérêts pour obtenir un emploi et s'intégrer socialement. Par la suite, Asperger, qui a pu examiner et suivre plus de 200 patients avec ce syndrome, a nuancé ses conclusions. Il a présenté, cependant, des trajectoires de vie qui avaient conduit des personnes avec ce diagnostic à occuper des postes bien cotés, comme professeur d'astronomie, chimiste ou mathématicien.

La Société nationale de l'autisme de Grande-Bretagne a effectué une enquête importante sur 450 autistes se situant aux deux extrêmes du spectre de l'autisme (avec fonctionnement de haut niveau et respectivement, de bas niveau). Les résultats (voir Barnard *et al.*, 2001) montrent qu'à un haut niveau de fonctionnement, 3 % des autistes vivent de manière complètement indépendante

et 49 % vivent dans leur famille ; 10 % seulement parviennent à accomplir les tâches de la vie quotidienne sans assistance. Le fait d'être employé à temps plein n'est noté que chez 12 % des autistes avec un haut niveau de fonctionnement et chez 2 % seulement de ceux ayant un faible fonctionnement.

Après une analyse des données provenant de 13 études publiées entre 1969 et 2004 concernant l'emploi des adultes présentant le diagnostic d'autisme, Howlin (2005) constate qu'au cours des années la proportion des personnes qui trouvent de l'emploi a augmenté. Les chiffres disponibles restent, toutefois, basses avec un pourcentage moyen, dans les études d'après 1980, d'environ 24 %. De surcroît, même si on rapporte que certaines personnes ont obtenu des emplois de haut niveau, bien payés et impliquant des responsabilités, la majorité exerce des emplois non qualifiés. Souvent, ces emplois sont obtenus par les relations personnelles des familles. La stabilité dans ces emplois est faible, un pourcentage important de ces personnes vivant des longues périodes sans emploi payé.

Une étude portant sur des adultes TSA à haut fonctionnement (Renty et Roeyers, 2006) a permis de constater que leur qualité de vie était en relation avec le soutien social perçu. Dans ce groupe (N = 58, QI = 70-139 ; 18-53 ans), 55,2 % vivaient avec leurs parents, 25,9 % se trouvaient dans des résidences avec supervision et soutien, 10,3 % vivaient seuls et 8,6 % vivaient avec un conjoint. En ce qui concerne, le travail, 27,6 % occupaient des emplois, 18,9 % travaillaient dans des ateliers protégés et 29,3 % étudiaient. Comme statut civil, 67,2 % étaient célibataires, 8,6 % étaient mariés ou cohabitaient avec un partenaire, 19 % avaient une relation intime et 5,2 % étaient divorcés.

Sur la base des publications disponibles, Perkins et Berkman (2012) soulignaient que l'optimisation du processus de vieillissement des personnes présentant un TSA devrait se centrer sur une surveillance attentive de leur santé et des dépistages à visée préventive (pour le cancer et pour la santé buccale, par exemple), sur la gestion efficace des affections comorbides chroniques (par exemple, l'épilepsie) et celle des problèmes psychologiques (comme l'anxiété) ainsi que sur les problèmes de santé qui surviennent lors du vieillissement. Les deux auteurs cités considèrent, aussi, comme cruciale la monitorisation adéquate des traitements de longue durée, comme ceux pour l'épilepsie et les troubles mentaux associés.

La conclusion qui peut être formulée à partir des informations présentées ci-dessus – obtenues en abordant le TSA par l’intermédiaire des **approches développementale et sociale** – est que le fonctionnement socioprofessionnel est affecté de manière très diverse, avec des résultats très hétérogènes.

## **2.6. Quels sont les effets des TSA sur la vie des personnes qui se trouvent dans l’environnement d’une personne présentant ce diagnostic ?**

Habituellement, en tentant de répondre à cette question, nous utilisons l’approche **écosystémique** et nous pensons au stress engendré dans une famille par la présence d’un enfant ayant le diagnostic de TSA et aux stratégies de coping mises en œuvre pour faire face aux difficultés rencontrées. En effet, avoir un enfant présentant le diagnostic d’autisme s’associe, chez les mères, à un niveau de stress plus élevé, à une moindre qualité de vie, à la nécessité de faire face à de nombreux problèmes, notamment d’ordre psychologique (pessimisme, anxiété, dépression et même stress post-traumatique) (Ionescu *et al.*, 2011 ; Zhang *et al.*, 2015).

Les études menées dans cette direction ont mis en évidence quelques facteurs de protection face au stress généré par le fait d’élever un enfant autiste. En premier lieu, il s’agit du soutien social reçu de la part des conjoints et de la famille (Bristol, 1984), du soutien social perçu (Wolf *et al.*, 1989) et du soutien apporté par les professionnels (Farran et Sparling, 1988). La personnalité endurante<sup>18</sup> constitue, elle aussi, un facteur de protection pour les mères d’un enfant autiste (Gill et Harris, 1991). Weiss (2002) constate que l’association d’une personnalité endurante et du soutien social constitue le meilleur prédicteur d’une bonne adaptation des mères. Cet auteur cite, aussi, Waltz (1999) qui souligne qu’il est important pour les parents de garder des relations sociales et de rester impliqués dans la vie de leurs autres enfants.

Pour les membres de la fratrie, les principaux facteurs de risque sont la gravité du tableau clinique de leur frère/de leur sœur présentant le diagnostic d’autisme et le niveau de stress vécu par leurs parents. En même temps, deux facteurs de protection apparaissent comme importants : l’estime de soi des membres de la fratrie et l’estime de soi parentale. Wintgens et Hayez (2003) ont montré qu’en présence d’un frère ou d’une sœur autiste, les membres de la fratrie peuvent,

dans certains cas, maintenir ou même améliorer leur santé mentale, dans le cadre d'un processus de rééquilibration positive qui peut s'exprimer par le fait que les membres de la fratrie deviennent plus débrouillards, plus autonomes, qu'ils savent se tourner vers leurs parents pour demander aide et affection, qu'ils développent une véritable solidarité fraternelle et familiale, faite de partage et de complicité et qu'ils vivent positivement l'expérience de la confrontation à la différence.

Des recherches plus récentes (Kayfitz *et al.*, 2010 ; Phelps *et al.*, 2009, Zhang *et al.*, 2015) aboutissent à un résultat assez inattendu. Elles montrent que les mères des enfants présentant le diagnostic d'autisme peuvent manifester une *croissance post-traumatique*. Il s'agit d'un phénomène décrit par Tedeschi et Calhoun (1996) qui concerne cinq domaines spécifiques : nouvelles possibilités, appréciation de la vie, forces personnelles, être en relation avec les autres et changement au plan spirituel/religieux.

Un dernier élément de réponse à la question n° 6 concerne le débat qui existe parmi les personnes présentant un TSA. Dans une contribution à l'ouvrage collectif édité par Ariel et Naseef (2006), Donna Williams décrit deux positions qui se confrontent : d'une part ; les « culturalistes » qui militent pour leur reconnaissance en tant que minorité sociale dont les droits doivent être protégés et, d'autre part, ceux qui mettent en avant le besoin de traitement. Donna Williams – qui est devenue consultante pour l'autisme auprès de professionnels, de familles et de personnes vivant avec un TSA – pense qu'un juste milieu, se concrétisant par la reconnaissance et le respect des deux positions mentionnées, devrait être recherché.

## **2.7. Comment vit son trouble la personne qui présente le diagnostic de TSA ?**

Nous disposons actuellement d'une série de témoignages – qui s'inscrivent dans une démarche **phénoménologique** – provenant de personnes présentant un TSA, témoignages qui apportent des informations exceptionnelles pour la compréhension de ce trouble mais aussi concernant la manière dont ces personnes le vivent. Parmi ces témoignages, ceux de Donna Williams (1992), de Temple Grandin (1986/1994 ; 1995/1997) et de Tito Mukhopadhyay (2000) occupent une place particulière.

Dans l'avant-propos à l'ouvrage *Si on me touche, je n'existe plus* (Williams, 1992), Anthony Clare souligne l'importance des témoignages des personnes vivant avec un TSA : « Saisir la nature de l'autisme est diablement difficile. Le spécialiste examine cette affection, la décrit de l'extérieur. Son diagnostic a les qualités de l'observation professionnelle et de la compétence médicale, mais rien qui puisse remplacer l'expérience personnelle. En revanche, son appréciation bénéficie de l'inévitable aura du spécialiste. Le point de vue de Donna Williams est aussi celui d'un spécialiste. Mais il y a une différence capitale. Elle peut confronter la théorie à la pratique, sa pratique » (p. 11).

Allant dans le même sens, Oliver Sacks écrit dans la préface qu'il a rédigée pour *Penser en images et autres témoignages sur l'autisme* (Grandin, 1995/1997) que l'autre ouvrage de Grandin (1986/1994), *Ma vie d'autiste*, « est un ouvrage "sans précédent", parce qu'aucun "récit de l'intérieur" n'avait jamais été écrit sur l'autisme ; inimaginable parce que les médecins soutenaient depuis plus de quarante ans que les autistes n'avaient pas de vie intérieure ou bien qu'elle était inaccessible et informulable » (p. 11). Temple Grandin nous décrit, en effet, des aspects particuliers de son mode de fonctionnement psychique : « Je pense en images. Pour moi, les mots sont comme une seconde langue. Je traduis tous les mots, dits ou écrits, en films colorés et sonorisés ; ils défilent dans ma tête comme des cassettes vidéo. Lorsque quelqu'un me parle, ses paroles se transforment immédiatement en images » (p. 19).

L'importance scientifique des connaissances apportées par ces témoignages est attestée par le fait que Temple Grandin est l'auteur d'un chapitre (n° 51) du prestigieux *Handbook* édité sous la direction de Volkmar *et al.* (2005). Dans ce texte, Grandin souligne le rôle de certaines personnes (des « mentors ») dans son évolution. Elle cite sa tante Ann (qui « tolérait ses fixations sans fin » et qui « l'aida à se comprendre » et à se diriger « vers de buts constructifs »). Son implication dans l'agriculture et la zootechnie (elle est professeure spécialisée dans le comportement animal à l'Université du Colorado et conçoit des équipements pour l'élevage industriel), elle la met en relation avec deux « mentors » rencontrés plus tard : Tom Roher et Emil Winnisky. Ce dernier l'a embauchée et ses secrétaires ont donné à Temple des leçons sur comment fonctionner en société et comment soigner son aspect physique.

Adoptant une perspective **existentialiste**, Bering (2002) se penche sur les croyances religieuses des autistes. Cet auteur cite, par exemple, Temple Grandin qui écrivait que, comme sa pensée était régie par la logique et non pas par les

émotions, il lui était impossible d'accepter quelque chose sur la base de la foi seule et était arrivée à la conclusion que Dieu était « une force » existant partout et établissant l'ordre. De la même manière, Edgar Schneider, mathématicien et informaticien, écrivait dans son ouvrage *Discovering my autism* (1999) que sa « croyance en l'existence d'une intelligence suprême (ou si vous voulez Dieu) est fondée sur des facteurs scientifiques » (p. 54). Quelques années plus tard, Bering (2006) s'est intéressé à un autre problème existentiel, à la croyance dans la vie après la mort chez les autistes.

## **2.8. Comment est perçue la personne présentant un TSA par les membres de la communauté, de la société dans laquelle elle vit ?**

Les réponses à cette question nous sont fournies par les approches **ethnopsychopathologique** et **sociale**. Ainsi, Schopler (1994) a raconté l'histoire de deux filles « sauvages » découvertes en Inde en 1929, qui étaient soupçonnées d'être « des fantômes ». Un révérend les a hébergées dans une paroisse et a tenu un journal de leur vie. Le journal a ensuite été traduit en anglais et a été étudié par Gesell (1941) qui a évalué leur développement et a constaté des déficits de langage et de comportement social. En 1959, Bettelheim a utilisé le texte de Gesell et a considéré que le comportement des filles suggérait l'autisme (Schopler, 1994).

Lors d'un voyage au Sénégal, Ellenberger (1968) a décrit les « enfants merveilleux », connus sous le nom de *Nit-ku-bon* (en wolof), caractérisés par l'absence de langage et une aréactivité sociale, manifestations qui font penser à l'autisme. Des enfants nit-ku-bon avaient été décrits précédemment par Zempléni et Rabain (1965) qui avaient noté qu'ils étaient étranges, tristes, solitaires. Enfant « qui n'est pas une bonne personne », considéré par certains comme un « enfant ancêtre », un « enfant qui part et qui revient », le nit-ku-bon peut être perçu comme possédé par un rab (esprit ancestral), être une réincarnation, avoir la connaissance de la mort et donc être suicidaire. Le nit-ku-bon est identifiable après le sevrage.

Dans un autre rapport de cas, Lane et Pillard (1978) ont décrit leur voyage pour trouver le « garçon sauvage de Burundi », un enfant qui aurait vécu dans la jungle. Après leur enquête, il était clair que le garçon n'avait pas grandi dans la jungle, mais démontrait les caractéristiques comportementales de l'autisme.

Dans une des rares recherches consacrées à la perception sociale de l'autisme en relation avec la culture, recherche menée au sein de la nation Navajo, Connors (1993) montre que les enfants autistes, désignés comme « ceux qui planent dans l'air », ne sont pas différenciés d'autres enfants présentant des incapacités. Leur acceptation dans la communauté est bonne et Connors parle de « tolérance culturelle », la prise en charge traditionnelle visant à les aider à s'accepter, à vivre en harmonie avec leur état.

Une dernière question à aborder dans cette section est celle du statut des personnes présentant des TSA : malades/patients ou personnes présentant un handicap ? Cette question a été au centre d'un important débat en France. Par rapport au schéma de Wood (1980), il est tout à fait possible et correct d'affirmer que l'autisme infantile donne lieu à un handicap au plan de la socialisation et de la communication. Il est, cependant, réducteur de concevoir l'autisme uniquement comme un handicap. Une telle vision limiterait forcément la prise en charge à une intervention de type éducationnel. À ce sujet, Golse (1995) écrivait que parler de l'autisme comme d'un « handicap primaire » déboucherait « sur une vision déféctologique très réductrice et sur des modalités de prise en charge à visée rééducative prévalente sinon exclusive » (p. 469).

Les réponses aux huit questions formulées au départ sont basées sur des éléments fournis par toutes les approches de la psychopathologie – en proportions inégales et selon leurs spécificités. Elles démontrent que dans le cas de l'exemple proposé, des informations obtenues dans des contextes théoriques différents et avec des dispositifs méthodologiques différents nous permettent non seulement de mieux comprendre les TSA mais aussi d'élargir, en tant que cliniciens, notre compréhension des personnes qui vivent avec ce trouble.

### **Résumé**

La psychopathologie intégrative-holistique est basée sur un paradigme de complexité qui permet de distinguer et d'opposer les différentes approches existantes, tout en les faisant communiquer et en prenant soin de ne pas opérer des réductions. L'intégration est conçue comme pragmatique, évolutive-dynamique, ouverte aux critiques constructives et au dialogue. Elle facilite l'articulation de l'ensemble des informations fournies par les autres approches de la psychopathologie, informations qui permettent de formuler des réponses aux questions que soulèvent, pour le chercheur et pour le



praticien, les troubles mentaux. Le fait de la qualifier d'holistique souligne l'adoption d'une vision particulière de la personne humaine et de son fonctionnement psychique, conçus comme un tout. L'intérêt du chercheur et du praticien dépasse, ici, le seul trouble mental, pour se porter aussi sur toutes les conséquences psychologiques (au sens large) et sociales du diagnostic psychopathologique.

1. La notion de paradigme scientifique a été introduite par Kuhn (1962). Adoptée dans les sciences humaines, elle désigne des schémas de pensée ayant valeur de modèle dans un secteur de leur domaine. Le paradigme scientifique a trois dimensions : des contenus scientifiques, des normes de scientificité et des savoir-faire spécifiques. Le paradigme scientifique est constitué, donc, par « un ensemble de principes théoriques, méthodologiques et pragmatiques » qui sous-tendent les pratiques des membres d'une discipline ou spécialité (Soler, 2006).
2. L'éclectisme apparaît au cours de l'Antiquité et a été créé par Potamon d'Alexandrie qui recommandait d'emprunter aux divers systèmes philosophiques les thèses les meilleures quand elles sont conciliables, plutôt que d'édifier un nouveau système. Depuis ses origines, l'éclectisme a fait l'objet de nombreuses critiques et oppositions. L'évocation de cette approche n'a, en général, pas bonne presse en France. À cela a, sans doute, contribué la position du philosophe Victor Cousin auquel on se réfère systématiquement pour disqualifier l'éclectisme.
3. Publié la même année que la première édition des *Quatorze approches, le Traité de psychopathologie infantile* de Beauchesne et Gibello (1991) contient à la fin du premier chapitre une section (pp. 48-55) consacrée à la présentation d'une perspective *intégrée* en psychopathologie. Celle-ci propose la prise en considération « de divers champs de connaissance en vue de la compréhension des manifestations psychopathologiques » (p. 50). Les auteurs de cet ouvrage envisagent, cependant, « de fonder la discussion psychopathologique » sur cinq champs seulement : la clinique, la biologie, la psychanalyse, la psychologie cognitive et la psychologie génétique. L'objectif serait de compléter les connaissances biologiques et cliniques pour « rendre compte de manière claire des phénomènes psychologiques et des singularités pathologiques de la pensée, de la personnalité, des comportements et des conduites » (p. 48). En postulant que tout symptôme, tout syndrome, toute maladie « procède à la fois de relations causales et de relations sémiotiques » (p. 54), Beauchesne et Gibello considèrent que la perspective intégrée essaie « de rendre compte de tout ce qui concerne le sens et la signification en pathologie » (p. 55). Contrairement à l'adjectif *intégrative* que j'utilise dans cet ouvrage, les auteurs du *Traité de psychopathologie infantile* proposent une perspective qualifiée d'*intégrée* qui décrirait plutôt le résultat de la démarche d'intégration.
4. Pour Morin ; le développement de la science occidentale est, depuis le XVII<sup>e</sup> siècle, non seulement un développement disciplinaire, mais aussi un développement transdisciplinaire car il y a eu « une unité de méthode, un certain nombre de postulats implicites en toutes disciplines ». Mais les principes transdisciplinaires fondamentaux de la science sont en même temps ceux « qui ont permis de développer le cloisonnement disciplinaire ». C'est pour cette raison que Morin considère qu'une nouvelle transdisciplinarité est nécessaire.
5. La *synecdoque* consiste en la substitution, dans le langage, de l'espèce pour le genre, de la partie pour l'entier (par exemple, la couronne pour le royaume ou une voile pour un bateau).
6. Une excellente critique du réductionnisme biologique nous est fournie par Shean (2002) qui, à partir des publications disponibles, soulève de nombreuses questions, analyse avec rigueur les dispositifs méthodologiques utilisés et discute certaines conclusions qui vont au-delà de ce qui peut être conclu. Certaines données montrent, en effet, que des modifications biologiques, souvent considérées comme causes peuvent, en fait, être le résultat de l'action de facteurs environnementaux.
7. Partant des travaux de Marston *et al.* (1931) sur l'intégration en psychologie et de ceux de Wiener (1948) sur la cybernétique (notons que cet auteur a écrit un chapitre sur la psychopathologie dans lequel le mot *intégration* est mentionné), Thorane (1976) propose – à partir de l'absence d'intégration des fonctions psychiques normalement intégrées – une nouvelle approche, qualifiée d'*intégrative*, de la psychopathologie. Cette manière de penser l'intégration nous renvoie plutôt aux troubles dissociatifs, caractérisés par une perturbation et/ou une discontinuité de l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception, de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement (American Psychiatric Association, 2013).
8. Dans l'édition précédente du *DSM* (le *DSM-IV-TR*), le trouble autistique, ainsi que le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance (ou syndrome de Heller), le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié faisaient partie de la catégorie des troubles envahissants du

développement, catégorie incluse dans la section « Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence » (American Psychiatric Association, 2000/2003). Les troubles envahissants du développement étaient caractérisés par des déficits sévères et une altération envahissante de nombreux secteurs du développement. À quelques détails près, les critères diagnostiques des troubles envahissants du développement étaient les mêmes que ceux retenus par l'Organisation mondiale de la santé pour la dixième édition de la Classification internationale des maladies (*CIM-10*) (Organisation Mondiale de la Santé, 1992/1993).

9. Comme la perturbation de l'interaction sociale peut être observée au cours de la phase de régression du syndrome de Rett (c'est-à-dire entre 1 et 4 ans), une proportion considérable de jeunes filles affectées peut avoir un tableau clinique qui correspond au TSA. Toutefois, après cette période, la plupart des personnes avec syndrome de Rett améliorent leurs capacités de communication sociale et les traits autistiques ne constituent plus une préoccupation majeure. Par conséquent, les TSA ne devraient être pris en compte que lorsque tous les critères diagnostiques sont satisfaits (American Psychiatric Association, 2013, p. 57).

10. Parmi les nombreux instruments de ce type élaborés au cours des années figurent :

- la Liste de pointage pour l'autisme chez les jeunes enfants, connue sous le sigle *CHAT* (*Check-list for Autistic Toddlers*), élaborée par Baron-Cohen *et al.* en 1992, qui est utilisée dans le cadre des examens des nourrissons et des jeunes enfants. Elle comporte neuf questions posées aux parents et cinq items d'observation par le médecin, l'infirmière ou la puéricultrice ;
- l'Échelle d'évaluation de l'autisme infantile, connue sous le sigle *CARS* (*Childhood Autism Rating Scale*). Élaborée par Schopler *et al.* en 1980, la *CARS* est souvent utilisée en France où elle a été traduite par Bernadette Rogé. La *CARS* peut être administrée chez les enfants de plus de 24 mois et le recueil des informations se fait par l'entretien avec la famille et l'observation de l'enfant. Elle est constituée de quatorze items ou rubriques qui permettent de passer en revue les anomalies du comportement. Un quinzième item permet à l'évaluateur de faire part de son impression générale ;
- l'Échelle d'évaluation des comportements autistiques élaborée par Lelord et Barthélémy et sa variante révisée *ECA-R* ;
- la Batterie d'évaluation cognitive et sociale, développée, en 1996, par Adrien, vise 16 domaines, regroupés en deux secteurs (cognition sensori-motrice et cognition socio-émotionnelle) ;
- l'*Autism Spectrum Disorders Diagnosis for Adults* (ou *ASD-DA*), élaboré en 2006, par Matson *et al.* pour des populations d'adultes ;
- le Quotient du spectre de l'autisme a été proposé en 2001 par Baron-Cohen *et al.* pour évaluer les traits autistiques chez différentes personnes, incluant celles sans diagnostic d'autisme. Cet instrument est constitué de 50 items qui font référence à cinq domaines : compétences sociales, mobilité de l'attention, attention aux détails, communication, imagination ;
- l'*ADOS-2* [Échelle d'évaluation pour le diagnostic de l'autisme (TSA), de Lord, Rutter, DiLavore et Risi, adapté en français par Rogé et collaborateurs, 2015] permet le diagnostic d'un TSA en référence au *DSM-5* et à la *CIM-10* avec un seuil pour le diagnostic de l'autisme défini par les algorithmes diagnostiques propres à chacun des modules de l'Échelle.

11. Ainsi, le *Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II*, qui comporte une sous-échelle pour le diagnostic de l'autisme, a été publié en 1995 par Matson, le *Pervasive Developmental Disorders in Mentally Retarded Persons* a été publié par Kraijer en 1997 et l'*Assessment of Dual Diagnoses* a été publié en 1998 par Matson et Bamburg.

12. Pour chacune de ces étapes, les auteurs de la grille donnent des informations concernant une multitude de signes. Ainsi, au cours de l'étape 1, le regard est « absent, fuyant ou traversant, ou collé sans pénétration et dans ce cas il s'agit le plus souvent d'un regard périphérique » (p. 505). Lors de la deuxième étape, « beaucoup d'enfants réalisent activement une plongée du regard dans le regard de l'autre : par exemple l'enfant s'approche très près du visage, réalisant l'effet cyclope » (p. 508). Au cours de la phase 3a, « le regard peut gagner en oralité, de type bouche dévorante avec possibles craintes persécutrices » (p. 511). Si en 3b, « le regard devient encore plus lumineux et renvoie à l'autre », lors de l'étape 4, d'individuation, « le regard est décrit comme "pétillant" » (p. 515).

13. Dans *La forteresse vide*, Bettelheim (1967/1969) insistait sur le sens des symptômes autistiques. En décrivant la passion de Joey pour les instruments, pour les machines, Bettelheim écrivait : « Puisque les hommes l'avaient trahi, les machines étaient maintenant ses protecteurs (ses « préventions ») et ses contrôleurs. Puisque les hommes ne l'alimentaient pas en émotions, l'électricité devait faire l'affaire. Puisqu'il se sentait exclu du cercle des hommes, il se brancha sur un autre cercle qui nourrissait, le circuit électrique » (p. 314).

14. Le mot *locus* (pluriel *loci*) désigne l'emplacement spécifique d'un gène sur un chromosome.

15. L'acide valproïque, ainsi que ses dérivés (les valproates), sont des médicaments antiépileptiques et thymorégulateurs.

16. L'*épigénétique* est l'étude des changements, induits par l'environnement, dans l'activité (l'expression) des gènes, n'impliquant pas de modification de la séquence d'ADN. Les marques épigénétiques, bien que réversibles, sont transmissibles au cours des divisions cellulaires, notamment au cours du développement embryonnaire.

17. Des recherches menées dans les années 1980-1990 par Giacomo Rizzolatti et les membres de son équipe à l'université de Parme ont mis en évidence, chez le macaque, l'activation d'un groupe de neurones – nommés par la suite neurones-miroirs – dans la zone F5 du cortex prémoteur frontal lorsque le singe effectue une action *et* lorsqu'il observe un autre individu (singe ou homme) qui reproduit cette action.

18. Le concept d'endurance, tel que décrit par Kobasa (1979) et Kobasa et Pucetti (1983), se définit par trois descripteurs : sentiment de contrôle sur sa vie, engagement dans les activités menées et le fait de considérer le changement comme un défi plutôt que comme une menace.

# Bibliographie

- ABRAHAM J.J. (1912), « Latah and amok », *British Medical Journal*, 1, 438-439.
- ABRAHAM K. (1965-1966), *Œuvres complètes*, 2 vol., Paris, Payot.
- ABRAMSON, L.Y., ALLOY, L.B. & METALSKY, G.I. (1988), « The cognitive diathesis-stress theories of depression: Toward an adequate evaluation of the theories' validities », in Alloy, L.B. (ed.), *Cognitive Processes in Depression*, 3-30, New York, The Guilford Press.
- ABRAMSON, L.Y., METALSKY, G.I. & ALLOY, L.B. (1987), « The Hopelessness Theory of Depression : A Metatheoretical Analysis with Implications for Psychopathology Research » (texte non publié, cité dans Abramson *et al.*, 1988).
- ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. & TEASDALE, J.D. (1978), « Learned helplessness in humans : Critique and reformulation », *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- ACHENBACH, T. & ZIGLER, E. (1963), « Social Competence and Self-image Disparity in psychiatric and nonpsychiatric Patients », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 197-205.
- ACHENBACH, T.M. (1982), *Developmental Psychopathology*, New York, John Wiley & Sons (2<sup>e</sup> éd.).
- ACKERMANS, A. & ANDOLFI, M. (eds) (1987), *La Création du système thérapeutique. L'école de thérapie familiale de Rome*, Paris, ESF.
- ADAMS, H.E. & SUTKER, P.B. (eds) (1984), *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, New York, Plenum Press.
- AFGOUSTIDIS, D. (1989), *La Psychanalyse*, Paris, Desclée de Brouwer.
- AJURIAGUERRA, J. de & MARCELLI, D. (1982), *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Masson.
- ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, S.T. (1972), *Histoire de la psychiatrie. Pensée et pratique psychiatriques de la préhistoire à nos jours*, Paris, Armand Colin.
- ALLERS, R. (1961), *Existentialism and Psychiatry*, Springfield, Thomas.
- ALLOY, L.B., CLEMENTS, C. & KOLDEN, G. (1985), The Cognitive Diathesis-stress Theories of Depression : Therapeutic implications, in Reiss, S. & Bootzin, R.R. (eds), *Theoretical Issues in Behavior Therapy*, 379-410. Orlando, Fla, Academic Press.
- ALLPORT, G.W. (1937), *Personality. A Psychological Interpretation*, New York, H. Holt.
- ALTMANN, J. (1974), « Observational Study of Behavior : Sampling methods », *Behaviour*, 49, 227-267.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, D.C., American Psychiatric Association (3<sup>e</sup> éd).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1985), *DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson (2<sup>e</sup> éd).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989), *DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000/2003), *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- ANCELIN-SCHÜTZENBERGER, A. (1972), « Préface », in May, R., *Le Désir d'être, Psychothérapie existentielle*, 7-11, Paris, Epi éditeurs.
- ANDOLFI, M. (1986), *La Thérapie avec la famille*, Paris, ESF (2<sup>e</sup> éd).
- ANDREWS, G., TENNANT, C., HEWSON, D.M. & VAILLANT, G.E. (1978), « Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 307-316.
- ANDREY, B., BURILLE, P., CAILLE, P., FIVAZ, E., HARTVEIT, H., MARTINEZ, J.-P., MASSON, O., PRATA, G., REY, Y., RUFFIOT, A., SACCU, C., SELVINI PALAZZOLI, M. & WATZLAWICK, P. (1983), *La Thérapie familiale telle quelle... De la théorie à la pratique*, Paris, ESF.
- ANISMAN, H., PIZZINO, A. & SKLAR, L.S. (1980), Coping with stress, nore-pinephrine depletion and escape performance, *Brain Research*, 191, 583-588.
- ANZIEU, D. (1975), *L'Auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse*, 2 vol., Paris, PUF.
- ANZIEU, D., BOWLBY, J., CHAUVIN, R., DUYCKAERTS, F., HARLOW, H.H.F., KOUPERNIK, C., LEOVICI, S., LORENZ, K., MALRIEU, P., SPITZ, R.A., WIDLÖCHER, D. & ZAZZO, R. (1974), *L'Attachement*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- ARIAM, S. (1979), « The effects of subliminal symbiotic stimuli in Hebrew on academic performance of Israeli high school students », thèse de doctorat non publiée, New York University.
- ARIEL, C.N. & NASEEF, R.A. (2006), *Voices from the Spectrum. Parents, grandparents, siblings, people with autism, and professionals share their wisdom*, London, Jessica Kingsley Publishers.
- ARIETI, S. (1967), *The Intrapsychic Self. Feeling, Cognition, and Creativity in Health and Mental Illness*, New York, Basic Books.
- ARIETI, S. (1974), *Interpretation of Schizophrenia*, New York, Basic Books.
- ARLOW, J.A. & BRENNER, C. (1964), *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory*, New York, International University Press.
- AROLT, V., LENCER, R., NOLTE, A., MULLER-MYHSOK, B., PURMANN, S., SCHURMANN, M. *et al.* (1996), « Eye tracking dysfunction is a putative phenotypic susceptibility marker of schizophrenia and maps to a locus on chromosome 6p in families with multiple occurrence of the disease », *American Journal of Medical Genetics*, 67(6), 564-579.
- ÅSBERG, M. (1987), « Biologie des comportements suicidaires », in Mendlewicz, J. (ed), *Manuel de psychiatrie biologique*, 83-89. Paris, Masson.
- ÅSBERG, M., BERTILSSON, L., MÅRTENSSON, B., SCALIA-TOMBA, G.-P., THOREN, P. & TRASKMAN-BENDZ, L. (1984), « CSF monoamine metabolites in melancholia », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 201-219.
- ÅSBERG, M., MÅRTENSSON, B. & WÅGNER, A. (1987), « Psychobiological aspects of suicidal behavior », in Magnusson, D. & Ohman, A. (eds), *Psychopathology, An Interactional perspective*, 81-94. Orlando, Fla, Academic Press.
- ÅSBERG, M., THOREN, P., TRÅSKMAN, L., BERTILSSON, L. & RINGBERGER, V. (1976a), « Serotonin depression » – A biochemical sub-group within the affective disorders ? *Science*,

191, 478-480.

- ÅSBERG, M., TRÄSKMAN, L. & THOREN, P. (1976b), « 5-HIAA in cerebrospinal fluid : A biochemical suicide predictor ? » *Archives of General Psychiatry*, 33, 1193-1197.
- AUYANG, S.Y. (1998), *Foundations of complex-system theories : in economics, evolutionary biology, and statistical physics*, Cambridge, Cambridge University Press.
- AUYANG, S.Y. (2000), *Mind in Everyday Life and Cognitive Science*, Cambridge, MA, MIT Press.
- AXMACHER, N., KESSLER, H. & WALDHAUSER, G.T. (2014), « Editorial on psychoanalytical neuroscience : exploring psychoanalytic concepts with neuroscientific methods », *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, doi : 10.3389/fnhum.2014.00674.
- AYLLON, T. & MICHAEL, J. (1959), « The psychiatric nurse as a behavioral engineer », *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2, 323-334.
- BACHELOR, A. & JOSHI, P. (1986), *La Méthode phénoménologique de recherche en psychologie. Guide pratique*, Ste-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- BAKWIN, H. (1971), « Enuresis in twins », *American Journal of Diseases of Children*, 121, 222-225.
- BAKWIN, H. (1973), « The genetics of enuresis », in Kolvin, I., Mac Keith, R.C. & Meadow, S.R. (eds), *Bladder control and enuresis*, 73-77, London, Spastics International Medical Publications.
- BALDWIN, J.M. (1897/1906), *Social and ethical interpretations in mental development : A study in social psychology*, New York, Macmillan.
- BALDWIN, J.M. (1902), *Development and evolution*, New York, Macmillan.
- BALLENGER, J.C., GOODWIN, F.K., MAJOR, L.F. & BROWN, G.L. (1979), « Alcohol and central serotonin metabolism in man », *Archives of General Psychiatry*, 36, 224-227.
- BANDURA, A. (1968), « A social learning interpretation of psychological dysfunctions », in London, P. & Rosenhan, D. (eds), *Foundations of Abnormal Psychology*, 293-344, New York, Holt, Rinehart & Winston.
- BANKI, C.M., ARATO, M., PAPP, Z. & KURCZ, M. (1984), « Biochemical markers in suicidal patients : Investigations with cerebrospinal fluid amine metabolites and neuroendocrine tests », *Journal of Affective Disorders*, 6, 341-350.
- BARATTA, S., COLORIO, C. & ZIMMERMAN-TANSELLA, C. (1985), « Inter-rater reliability of the Italian version of the Paykel Scale of Stressful Life Events », *Journal of Affective Disorders*, 8, 279-282.
- BARKER, R.G. (1968), *Ecological psychology. Concepts and method for studying the environment of human behavior*, Stanford, Ca, Stanford University Press.
- BARKER, R.G. & GUMP, P.V. (1964), *Big school, small school. High school size and student behavior*, Stanford, Ca, Stanford University Press.
- BARLOW, D.H. & DURAND, V.M. (2015), *Abnormal psychology. An integrative approach*. Stamford, CT, Cengage Learning.
- BARNARD, J., HARVEY, V., POTTER, D. & PRIOR, A. (2001), *Ignored or ineligible ? The reality for adults with autism spectrum disorders. The National Autistic Society Report for Autism Awareness Week*, London, NAS Publication.
- BARUK, H. (1938), *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, Paris, Masson.
- BARUK, H. (1955), *La Psychiatrie sociale*, Paris, PUF.

- BARUK, H. (1959), *Traité de psychiatrie*, 2 vol., Paris, Masson.
- BARUK, H. (1964), *La Psychopathologie expérimentale*, Paris, PUF.
- BASTIDE, R. (1965), *Sociologie des maladies mentales*, Paris Flammarion.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J. & WEAKLAND, J. (1956), « Toward a theory of schizophrenia », *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- BAUGHMAN, E.E. & DAHLSTROM, W.G. (1972), « Racial differences on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory », in Guterman, S.S. (ed.), *Black Psyche. The Modal Personality Patterns of Black Americans*, 166-188, Berkeley, Ca, The Glendessary Press.
- BAYER, R. (1981), *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis*, New York, Basic Books.
- BEARDEN, C.E., & FREIMER, N.B. (2006), « Endophenotypes for psychiatric disorders : ready for primetime ? », *Trends in Genetics*, 22(6), 306–13.
- BEAUCHESNE, H. (1986), *Histoire de la psychopathologie*, Paris, PUF.
- BEAUCHESNE, H. & GIBELLO, B. (1991), *Traité de psychopathologie infantile*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BECK, A.T. (1967), *Depression. Causes and Treatment*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T. (1974), « Depressive neurosis », in Arieti, S. & Brody, E.B. (eds), *American Handbook of Psychiatry, Volume III, Adult clinical Psychiatry*, 61-90, New York, Basic Books (2<sup>e</sup> éd).
- BECK, A.T. (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York, International Universities Press.
- BECK, A.T. (1984a), « Cognition and therapy », *Archives of General Psychiatry*, 41, 1112-1114.
- BECK, A.T. (1984b), « Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy. The cognitive continuum », in Williams, J.B.W. & Spitzer, R.L. (eds), *Psychotherapy Research. Where are we and where should we go ?* New York, The Guilford Press.
- BECK, A.T., KOVACS, M. & WEISSMAN, A. (1975), « Hopelessness and suicidal behavior : an overview », *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. & EMERY, G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, New York, The Guilford Press.
- BECK, A.T., WEISSMAN, A., LESTER, D. & TREXLER, L. (1974), « The measurement of pessimism : The hopelessness scale », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- BEELS, C.C. (1981), « Social support and schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin*, 7, 58-72.
- BEELS, C.C. & FERBER, A. (1969), « Family therapy : a view », *Family Process*, 8, 280-318.
- BEHRMAN, J. (1969), « The visual evoked response in hysterical amblyopia », *British Journal of Ophthalmology*, 53, 839-845.
- BEHRMAN, J. & LEVY, R. (1970), « Neurophysiological studies on patients with hysterical disturbances of vision », *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 187-194.
- BELL, N.W. & SPIEGEL, J.P. (1966), « Social psychiatry : vagaries of a term », *Archives of General Psychiatry*, 14, 337-345.



- BELLOW, S. (1982), *L'Hiver du doyen*, Paris, Flammarion.
- BENDA, C.E. (1966), « What is existential psychiatry ? » *American Journal of Psychiatry*, 123, 288-296.
- BENOIT, J.-C. (1983), *Les Doubles Liens. Paradoxes familiaux des schizophrènes*, Paris, PUF (2<sup>e</sup> éd).
- BENSMAIL, B. (1985), « Événements religieux islamiques et psychopathologie », in Guyotat, J. & Fédida, P. (eds), *Événement et psychopathologie*, 65-67, Villeurbanne, SIMEP.
- BERGE, A. (1946), *Le Facteur psychique dans l'énurésie*, Paris, Le Seuil.
- BERGEN, B.J. & THOMAS, C.S. (1969), « An attempt to examine the perception of self and hospital among chronically ill mental patients », *The International Journal of Social Psychiatry*, 15, 307-313.
- BERGERET, J. (1974), « Notion de structure », in Bergeret, J. (ed), *Abrégé de psychologie pathologique théorique et clinique*, 129-133, Paris, Masson (2<sup>e</sup> tirage).
- BERGERET, J. (ed.) (1976), *Abrégé de psychologie pathologique théorique et clinique*, Paris, Masson.
- BERGERET, J. (1985), *La Personnalité normale et pathologique. Les structures mentales, le caractère, les symptômes*, Paris, Bordas (2<sup>e</sup> éd).
- BERGIN, A.E. (1966), « Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice », *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.
- BERGNER, R.M. (2004), « An integrative framework for psychopathology and psychotherapy », *New Ideas in Psychology*, 22, 127-141.
- BERING, J.M. (2002), « The Existential Theory of Mind », *Review of General Psychology*, 6 (1), 3-24.
- BERING, G.M. (2006), « The folk psychology of souls », *Behavioral and Brain Sciences*, 29 (5), 453-462.
- BERKANOVIC, E. (1980), « The effect of inadequate language translation on Hispanics' responses to health surveys », *American Journal of Public Health*, 70, 1273-1276.
- BERLIN, I. (1953), *The Hedgehog and the Fox : An essay on Tolstoy's view of history*, London, Weidenfeld & Nicholson.
- BERNER, P., GABRIEL, E., KATSCHNIG, H., KIEFFER, W., KOEHLER, K., LENZ, G. & SIMHANDL, C.H. (1983), *Diagnostic Criteria for Schizophrenic and Affective Psychoses*, Washington, American Psychiatric Press.
- BERRY, D.C. & BROADBENT, D.E. (1984), « On the relationship between task performance and associated verbalizable knowledge », *Quarterly Journal of Experimental Psychology : Human Experimental Psychology*, 36a, 209-231.
- BERTRAND, S. & MASLING, J. (1969), « Oral imagery and alcoholism », *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 50-53.
- BETANCUR, C. (2011), « Etiological heterogeneity in autism spectrum disorders : more than 100 genetic and genomic disorders and still counting », *Brain Research*, 1380, 42-77.
- BETTELHEIM, B. (1967/1969), *La forteresse vide. L'autisme infantile et la naissance du soi*, Paris, Gallimard.
- BILZ, R. (1971), *Wie frei ist der Mensch ?* Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.

- BINET, A. (1894), *Introduction à la psychologie expérimentale*, Paris, Alcan.
- BINET, A. (1903), *L'Étude expérimentale de l'intelligence*, Paris, Schleicher Frères.
- BINSWANGER, L. (1957), *Schizophrenie*, Pfullingen, Günther Neske.
- BINSWANGER, L. (1971), *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Éditions de Minuit.
- BINSWANGER, L. (1987), « Mélancolie et manie », *Études phénoménologiques*, Paris, PUF.
- BIRD, H., CANINO, G.J. & SHROUT, P.E. (1986), « Considerations on the use of the Mini-Mental State Examination within the Spanish Diagnostic Interview Schedule », Communication à l'*Annual Meeting of the American Psychiatric Association*, Washington.
- BIROU, A. (1966), *Vocabulaire pratique des sciences sociales*, Paris, Editions ouvrières.
- BLACKBURN, I.M. & COTTRAUX, J. (1988), *Thérapie cognitive de la dépression*, Paris, Masson.
- BLACKBURN, I.M., EUNSON, K.M. & BISHOP, S. (1986), « A two-year naturalistic follow up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both », *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- BLASHFIELD, R.K. (1982), FEIGHNER *et al.*, « Invisible colleges, and the Matthew effect », *Schizophrenia Bulletin*, 8, 1-12.
- BLATT, G.J. (2009), *The Neurochemical Basis of Autism : From Molecules to Minicolumns*, New York, Springer.
- BLATT, S.J., BRENNEIS, C.B., SCHIMEK, J.G. & GLICK, M. (1976), « Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach », *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 364-373.
- BLEANDONU, G. (1976), *Dictionnaire de psychiatrie sociale*, Paris, Payot.
- BLOCH, V. (1966), « Les niveaux de vigilance et l'attention », in Fraise, P. & Piaget, J. (eds), *Traité de Psychologie expérimentale*, vol. 3, 79-122, Paris, PUF.
- BOALS, A., & SCHULER, K. L. (2018), « Reducing reports of illusory posttraumatic growth : A Revised version of the Stress-Related Growth Scale (SRGS-R) », *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 10, (2), 190-198.
- BOLLOTTE, G. (1973), « Moreau de Tours », *Confrontations Psychiatriques*, n° 11, 9-26.
- BOOR, M. (1980), « Relationships between unemployment rates and suicide rates in eight countries », 1962-1976, *Psychological Reports*, 47, 1095-1101.
- BOOTZIN, R.R. & ACOCELLA, J.R. (1988), *Abnormal Psychology. Current Perspectives*, New York, Random House (5<sup>e</sup> éd).
- BOSS, M. & CONDREAU, G. (1975), « Analyse existentielle » (Daseinanalyse), *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37815 A<sup>10</sup>, 1-6.
- BOUCEBCI, M. (1985), « L'événement naissance dans un monde en changement », in Guyotat, J. & Fédida, P. (eds), *Événement et Psychopathologie*, 68-73, Villeurbanne, SIMEP.
- BOUCHARD, M.-A., LADOUCEUR, R. & GRANGER, L. (1977), « Analyse behaviorale », in Ladouceur, R., Bouchard, M.-A. & Granger, L. (eds), *Principes et applications des thérapies comportementales*, 21-46, Paris, Maloine.
- BOURGEOIS, M. (1985), « Connaissance et usage du DSM-III », in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie françaises*, 51-59, Paris, Masson.

- BOURGUIGNON, A. & GUILLON, F. (1977), « Application d'une hypothèse éthologique à l'énurésie », *La Psychiatrie de l'Enfant*, 20, 223-244.
- BOWLBY, J. (1958), « The nature of child's tie to his mother », *The International Journal of Psycho-analysis*, 39, 350-373.
- BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss, I, Attachment*, New York, Basic Books.
- BOWLBY, J. (1973), *Attachment and Loss, II, Separation : Anxiety and Anger*, New York, Basic Books.
- BOWLBY, J. (1974), « Seconde intervention », in Anzieu, D., Bowlby, J., Chauvin, R., Duyckaerts, F., Harlow, H.H.F., Koupornik, C., Lebovici, S., Lorenz, K., Malrieu, P., Spitz, R.-A., Widlöcher, D. & Zazzo, R., *L'Attachement*, 127-139, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- BRACINHA-VIEIRA, A. (1982), « Éthologie et psychiatrie. Phylogénèse des comportements et structure des psychoses », *Évolution psychiatrique*, 47, 999-1017.
- BRAFF, D.L. (1981), « Impaired speed of information processing in nonmedicated schizotypal patients », *Schizophrenia Bulletin*, 7, 449-508.
- BRAFF, D.L. & SACCUZZO, D.P. (1985), « The time course of information-processing deficits in schizophrenia », *American Journal of Psychiatry*, 142, 170-174.
- BRION, A. & EY, H. (eds) (1964), *Psychiatrie animale*, Paris, Desclée de Brouwer.
- BRISLIN, R.W. (1970), « Back-translation for cross-cultural research », *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185-216.
- BRISTOL, M.M., (1984), « Family resources and successful adaptation to autistic children », in Schopler, E. & Mesibov, G.B. (eds.), *The effects of autism on the family*, 289-310, New York, Plenum.
- BROADBENT, D.E., BROADBENT, M.H. & JONES, J.L. (1986), « Performance correlates of self-reported cognitive failure and of obsessionality », *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 285-299.
- BRODEUR, C. (1990), « Si Freud revenait... ou ce dur métier d'analyste », in Pelletier, R., Van Gijsegem, H. & Beaudry, J. (eds), *Psychanalyse : Vision du monde ?*, 59-89, Montréal, Méridien.
- BRODY, D., SACCUZZO, D.P. & BRAFF, D.L. (1980), « Information processing for masked and unmasked stimuli in schizophrenia and old age », *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 617-622.
- BRONFENBRENNER, U. (1977), « Toward an experimental ecology of human development », *American Psychologist*, 32, 513-531.
- BRONFENBRENNER, U. (1979), *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. & MORRIS, P.A. (1998), « The ecology of developmental processes », in Damon, W. & Lerner, R.M. (eds), *Handbook of Child Psychology*, 5<sup>th</sup> edition, vol. 1, 993-1028, New York, Wiley.
- BROWN, G.L., EBERT, M.H., GOYER, P.F., JIMERSON, D.C., KLEIN, W.J., BUNNEY, W.E. & GOODWIN, F.K. (1982), « Aggression, suicide, and serotonin : Relationships to CSF amine metabolites », *American Journal of Psychiatry*, 139, 741-746.
- BROWN, G.L., GOODWIN, F.K., BALLENGER, J.C., GOYER, P.F. & MAJOR, L.F. (1979), « Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites », *Psychiatry*

- Research*, 1, 131-140.
- BROWN, G.W., BHROLCHAIN, M.N.I., & HARRIS, T.O. (1975), « Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population », *Sociology*, 9, 225-254.
- BROWN, J.H. (1979), « Suicide in Britain. More attempts, fewer deaths, lesson for public policy », *Archives of General Psychiatry*, 36, 1119-1124.
- BRUNSDON, V. E.A. & HAPPÉ, F. (2014), « Exploring the “fractionation” of autism at the cognitive level », *Autism*, 18 (1) 17-30.
- BUNNEY, W.E. (Jr.) & FAWCETT, J.A. (1965), « Possibility of biochemical test for suicidal potential : An analysis of endocrine findings prior to three suicides », *Archives of General Psychiatry*, 13, 232-239.
- BUTCHER, J.N. & BEMIS, K.M. (1983), « Abnormal behavior in cultural context », in Adams, H.E. & Sutker, P.B. (eds), *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, 111-139, New York, Plenum Press.
- BUTCHER, J.N. & PANCHERI, P. (1976), *A Handbook of Cross-National MMPI Research*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- CAIN, J. (1959), *Le Problème des névroses expérimentales*, Paris, Desclée de Brouwer.
- CAIRNS, R.B. (1998), « The making of developmental psychology », in Damon, W. & Lerner, R.M. (eds), *Handbook of Child Psychology*, 5<sup>th</sup> edition, vol. 1, 25-105, New York, Wiley.
- CALHOUN, L.G., & TEDESCHI, R.G. (2006), « The foundations of posttraumatic growth : An expanded framework », in Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (eds), *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice*, 3-23, Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates.
- CAMERON, N.A. & GARNER, A.M. (1951), *Behavior Pathology*, Boston, Houghton Mifflin.
- CAMPBELL, D.T. (1968), « Quasi-experimental design », in Sills, D.L. (ed), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 5, 259-263, New York, MacMillan & Free Press.
- CARLETON, J.L. (1977), « Social psychiatry : an overview », in Wolman, B.B. (ed.), *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis & Neurology*, vol. 10, 321-324, New York, Aesculapius.
- CARLSTEDT, R.A. (2010a), « Integrative diagnosis and intervention : the high-risk model of threat perception revisited », in Carlstedt, R.A. (ed), *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine. Perspectives, practices, and research*, 191-212, New York, Springer Publishing Company.
- CARLSTEDT, R.A. (2010b), « Integrative multimodal assessment and intervention : A clinical protocol : Carlstedt Protocol-Clinical (CP-C) », in Carlstedt, R.A. (ed.), *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine. Perspectives, practices, and research*, 835-861, New York, Springer Publishing Company.
- CARP, E. & DELLAERT, R. (1976), *Images du monde chez les malades mentaux et psychothérapies*, Paris, ESF.
- CARSON, R.C., BUTCHER, J.N. & COLEMAN, J.C. (1988), *Abnormal Psychology and Modern Life*, Glenview, Ill., Scott, Foresman & Co, (8<sup>e</sup> éd).
- CAUDILL, W., REDLICH, F.C., GILMORE, H.R. & BRODY, E.B. (1952), « Social structure and interaction processes on a psychiatric ward », *American Journal of Orthopsychiatry*, 22, 314-334.

- CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (1972), *Modèles animaux du comportement humain*, Paris, Éditions du CNRS.
- CHANOIT, P.F. & DE VERBIZIER, J. (eds) (1986), *Recherches en psychiatrie sociale*, Toulouse, Erès.
- CHAREST, R.-M. (2013), « Éditorial. Le DSM-5, une bible ? », *Psychologie Québec*, 30 (4), 7.
- CHERRY, E.C. (1953), « Some experiments on the recognition of speech, with one and with two ears », *Journal of the Acoustical Society of America*, 25, 975-979.
- CHRISTENSEN, L.B. (1977), *Experimental Methodology*, Boston, Allyn & Bacon.
- CICCHETTI, D. (1984), « The emergence of developmental psychopathology », *Child Development*, 55, 1-7.
- CICCHETTI, D. (2000), « Foreword », in E.M. Cummings, P.T. Davies & S.B. Cambell (eds), *Developmental psychopathology and family process*, ix-xi, New York, The Guilford Press.
- CLARK, L.A., CUTHBERT, B., LEWIS-FERNANDEZ, R., NARROW, W.E. & REED, G.M. (2017), « Three approaches to understanding and classifying mental disorder : ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) », *Psychological Science in the Public Interest*, 18 (2) 72-145.
- CLAUSEN, J.A. (1986), « A 15- to 20-year follow-up of married adult psychiatric patients », in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds), *Life-Span Research on the Prediction of Psychopathology*, 175-194, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- COBB, S. (1976), « Social support as a moderator of life stress », *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- COHEN, D.J. & DONNELLAN, A.M. (eds) (1987), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, New York, John Wiley & Sons.
- CONDON, T.J. & ALLEN, G.J. (1980). « Role of psychoanalytic merging fantasies in systematic desensitization : a rigorous methodological examination », *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 437-443.
- CONNORS, J.L. (1993), « Navajo perceptions of autism and social competence : A cultural perspective », *Dissertation Abstracts International*, 53 (7-A), 2431.
- COOPER, A.B. (1977), « Structural theory : Post-freudian », in Wolman, B.B. (ed.), *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, & Neurology*, vol. 11, 8-11, New York, Aesculapius.
- COOPER, J. & SARTORIUS, N. (1977), « Cultural and temporal variations in schizophrenia : a speculation on the importance of industrialization », *British Journal of Psychiatry*, 130, 50-55.
- COPENHAVER, J.H., SCHALOCK, R.L. & CARVER, M.J. (1978), « Parachloro-D, L-phenylalanine induced filicidal behavior in the female rat », *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 8, 263-270.
- CORNBLATT, B. & MARCUSE, Y. (1986), « Children at high risk for schizophrenia : Predictions from childhood to adolescence », in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds), *Life-Span Research on the Prediction of Psychopathology*, 101-117, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- CORSON, S.A., O'LEARY CORSON, E. & ALEXANDER, J.A. (1980), *Ethology and Nonverbal Communication in Mental Health. An Interdisciplinary Biopsychosocial Exploration*, New York,



- Pergamon Press.
- CORTEEN, R.S. & DUNN, D. (1974), « Shock-associated words in a nonattended message : a test for momentary awareness », *Journal of Experimental Psychology*, 102, 1143-1144.
- CORTEEN, R.S. & WOOD, B. (1972), « Autonomic responses to shock-associated words in an unattended channel », *Journal of Experimental Psychology*, 94, 308-313.
- COSNIER, J. (1966), *Les Névroses expérimentales. De la psychologie animale à la pathologie humaine*, Paris, Éditions du Seuil.
- COSNIER, J. (1977), « Spécificité de l'attitude éthologique dans l'étude du comportement humain », *Psychologie Médicale*, 9, 2025-2030.
- COSTIN, F. & DRAGUNS, J.G. (1989), *Abnormal Psychology : Patterns, Issues, Interventions*, New York, John Wiley & Sons.
- COTTRAUX, J. (1984), *Les Thérapies comportementales*, Paris, Masson.
- COTTRAUX, J., BOUVARD, M. & LEGERON, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*, Issy-les-Moulineaux, Editions d'Application Psychotechniques.
- COTTRAUX, J., BOUVARD, M. & LUCAS, M. (1984), « Les obsessions-compulsions », in Fontaine, O., Cottraux, J. & Ladouceur, R. (eds), *Cliniques de thérapie comportementale*, 91-104, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- COURCHESNE, E., YEUNG-COURCHESNE, R., PRESS, G.A., HESSELINK, J.R. & JERNIGAN, T.L. (1988), « Hypoplasia of cerebellar vermal lobules VI and VII in autism », *The New England Journal of Medicine*, 318, 1349-1354.
- COYNE, J.C. & GOTLIB, I.H. (1983). « The role of cognition in depression : a critical appraisal », *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- CREWS, F. (1985, 21 janvier), « The future of an illusion », *The New Republic*, 28-33.
- CROCQ, L. (1986), « Spécificité de la recherche en psychiatrie sociale », in Chanoit, P.F. & de Verbizier, J. (eds), *Recherches en psychiatrie sociale*, 45-61, Toulouse, Erès.
- CYRULNIK, B. (1987), « Éthologie humaine et clinique », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37887 A<sup>0</sup>, 12, 1-6.
- DAMAYE, H. (1925). *Études de psychiatrie sociologique*, Paris, Maloine.
- DANHAUER, S.C., RUSSELL, G., CASE, L.D., SOHL, S.J., TEDESCHI, R.G., ADDINGTON, E.L., TRIPLETT, K., VAN ZEE, K.J., NAFTALIS, E.Z., LEVINE, B., & AVIS, N.E. (2015), « Trajectories of posttraumatic growth and associated characteristics in women with breast cancer », *Annals of Behavioral Medicine*, 49, 650-659.
- DAS, A.S. (1996), *Vedic stories from Ancient India*, Borehamwood, Ahimsa.
- DAVIS, K.L., HOLLIESTER, L.E. MATHE, A.A., DAVIS, B.M., ROTH-PEARL, A.B., FAULL, K.F., HSIEH, J.Y.K., BARCHAS, J.D. & BERGER, P.A. (1981), « Neuroendocrine and neurochemical measurements in depression », *American Journal of Psychiatry*, 138, 1555-1561.
- DAVISON, G.C. (1967), « Some problems of logic and conceptualization in behavior therapy research and theory », Communication présentée au *First Annual Meeting of the Association for the Advancement of the Behavioral Therapies*, American Psychological Association, Washington, D.C.
- DEAN, A. & LIN, N. (1977), « The stress-buffering role of social support », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403-417.

- DEANE, W.N. (1961), « The reactions of a nonpatient to a stay on a mental hospital ward », *Psychiatry*, 24, 61-68.
- DEBUYST, C. (1985), *Modèle éthologique et criminologie*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- DEGEORGE, R.T. & DEGEORGE, F.M. (1972), *The Structuralists. From Marx to Lévi-Strauss*, Garden City, N.Y., Anchor Books.
- DE KONING, A.J.J. (1979), « The qualitative method of research in the phenomenology of suspicion », in Giorgi, A., Knowles, R. & Smith, D.L. (eds), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. III, 122-134, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- DELLAERT, R. & CARP, E.A.D.E. (1956), *Nouvelles Orientations de la psychiatrie infantile*, Lyon, Emmanuel Vitte.
- DEMARET, A. (1979), *Ethologie et psychiatrie. Valeur de survie et phylogenèse des maladies mentales*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- DE NEUTER, P. & FLORENCE, J. (eds) (1988), *Sciences et Psychanalyse*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael.
- DEVEREUX, G. (1965), « Les origines sociales de la schizophrénie ou la schizophrénie sans larmes », *L'Information psychiatrique*, 41, 783-799.
- DEVEREUX, G. (1977), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard (3<sup>e</sup> éd.).
- DEVEREUX, G. (1982), *Psychothérapie d'un Indien des plaines*, Paris, Godefroy.
- DEVEREUX, G. (1985), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- DIEFENDORF, A.R., & DODGE, R. (1908), « An experimental study of the ocular reactions of the insane from photographic records », *Brain*, 31, 451-489.
- DIGRIGORIO, J.M. (1983), « A psychological investigation of deinstitutionalization », Thèse de doctorat, *The Union Graduate School*, Cincinnati (Ohio).
- DIXON, N.F. (1981), *Preconscious Processing*, Chichester, John Wiley & Sons.
- DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S. (1969), *Social Status and Psychological Disorder. A Causal Inquiry*, New York, Wiley-Interscience.
- DOHRENWEND, B.P., SHROUT, P.E., EGRI, G. & MENDELSON, F.S. (1980), « Non specific psychological distress and other dimensions of psycho-pathology : measures for use in the general population », *Archives of General Psychiatry*, 37, 1229-1236.
- DOLEYS, D.M. (1989), « Functional enuresis and encopresis », in Last, C.G. & Hersen, M. (eds), *Handbook of Child Psychiatric Diagnosis*, 427-442. New York, John Wiley & Sons.
- DOLLARD, J. & MILLER, N.E. (1950), *Personality and Psychotherapy. An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*, New York, McGraw-Hill.
- DRAGUNS, J.G. (1973), « Comparisons of psychopathology across cultures : Issues, findings, directions », *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 4, 9-47.
- DRAGUNS, J.G., PHILLIPS, L., BROVERMAN, I.K. & CAUDILL, W. (1970), « Social competence and psychiatric symptomatology in Japan : A cross-cultural extension of earlier American findings », *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 68-73.
- DUFFY, E. (1962), *Activation and Behavior*, New York, John Wiley & Sons.
- DUFRENCATEL, C. (1969), *La Sociologie des maladies mentales. Tendances actuelles de la recherche et bibliographie*, Paris, Mouton.

- DUMONT, M. & MARKOVITS, H. (1985), « Les gestes stéréotypés chez les enfants handicapés de la vue, dans un groupe de pairs », in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds), *Éthologie et développement de l'enfant*, 349-360, Paris, Stock/Laurence Pernoud.
- DUNHAM, H.W. (1965), *Community and Schizophrenia. An Epidemiological Analysis*, Détroit, Wayne State University Press.
- DUYCKAERTS, F. (1972), « L'objet d'attachement : médiateur entre l'enfant et le milieu », in Duyckaerts, F., Hindley, C.B., Lézine, L., Reuchlin, M. & Zempléni, A., *Milieu et développement*, 219-245, Paris, PUF.
- EATON, W.W. (1978), « Life events, social supports, and psychiatric symptoms : A re-analysis of the New Haven Data », *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 230-234.
- EATON, W.W. (1985), « Epidemiology of schizophrenia », *Epidemiologic Reviews*, 7, 105-126.
- EDELSON, M. (1985), « The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis », *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 8, 567-614.
- EDGERTON, R.B. (1969), « On the "recognition" of mental illness », in Plog, S.C. & Edgerton, R.B. (eds), *Changing Perspectives in Mental Illness*, 49-72, New York, Holt, Rinehart & Winston.
- EIGSTI, I.-M. & SHAPIRO, T. (2003), « A systems neuroscience approach to autism : biological, cognitive, and clinical perspective », *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9, 2016-216.
- EKEHAMMAR, B. (1974), « Interactionism in personality from a historical perspective », *Psychological Bulletin*, 81, 1026-1048.
- ELLENBERGER, H.F. (1950), « Die Putzwut », *Der Psychologe*, 2, 91-138.
- ELLENBERGER, H.F. (1968), « Psychiatric impressions from a trip to Dakar », *The Canadian Psychiatric Association Journal / La Revue de l'Association des psychiatres du Canada*, 13 (6), 539-545.
- ELLENBERGER, H.F. (1974). *À la découverte de l'inconscient. Histoire de la psychiatrie dynamique*, Villeurbanne, SIMEP.
- ELLENBERGER, H.F. & MURPHY, H.B.M. (1978), « Les névroses et les états mineurs », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 4-37725 B<sup>10</sup>, 43-47.
- ELLIS, A. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Secaucus, N.J., L. Stuart.
- ELLIS, W.G. (1893), « The Amok of the Malays », *Journal of Mental Science*, 39, 325-338.
- ENGEL, G. L. (1977), « The need for a new medical model : a challenge for biomedicine », *Science*, 196 (4286), 129-136.
- EMERY, G., HOLLON, S.D. & BEDROSIAN, R.C. (eds) (1981), *New Directions in Cognitive Therapy. A Casebook*, New York, Guilford Press.
- ENGEL, G.L. (1977), « The need for a new medical model : a challenge for biomedicine », *Science*, 196, 129-136.
- ERDELYI, M.H. (1985), *Psychoanalysis. Freud's Cognitive Psychology*, New York, Freeman.
- ERIKSON, E.H. (1982), *Enfance et société*, Paris, Delachaux et Niestlé.
- ERLENMEYER-KIMLING, L. & MILLER, N.E. (eds) (1986), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- EVANS, F.C. (1956), « Ecosystem as the basic unit in ecology », *Science*, 123, 1127-1128.



- EVANS, R.B. (1977), « Structuralism », in Wolman, B.B. (ed), *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, & Neurology*, vol. 11, 7-8. New York, Aesculapius.
- EY, H. (1948), *Études psychiatriques*, vol. 1, *Historique – méthodologie – psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer & Cie.
- EY, H. (1950), *Études psychiatriques*, vol. 2. *Aspects séméiologiques*, Paris, Desclée de Brouwer & Cie.
- EY, H. (1954), *Études psychiatriques*, vol. 3. *Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*, Paris, Desclée de Brouwer & Cie.
- EY, H. (1963), *La Conscience*, Paris, PUF.
- EY, H. (1973), *Traité des hallucinations*, Paris, Masson.
- EY, H. (1975), *Des Idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Toulouse, Privat.
- EY, H. & HENRIC, E. (1959), « Hérité et névroses », *Evolution psychiatrique*, 2, 287-304.
- EYSENCK, H J. (1959), « Learning theory and behaviour therapy », *Journal of Mental Science*, 105, 61-75.
- EYSENCK, H.J. (1960), *Behaviour Therapy and the Neuroses. Readings in modern methods of treatment derived from learning theory*, Oxford, Symposium Publications Division, Pergamon Press.
- EYSENCK, H.J. (ed) (1964), *Experiments in Behaviour Therapy. Readings in modern methods of treatment of mental disorders derived from learning theory*, Oxford, Pergamon Press.
- EYSENCK, H.J. & RACHMAN, S. (1965), *The Causes and Cures of Neurosis. An introduction to modern behaviour therapy based on learning theory and the principles of conditioning*, London, Routledge and Kegan Paul.
- EYSENCK, M.W. (1976), « Arousal, learning, and memory », *Psychological Bulletin*, 83, 389-404.
- FAGES, J.-B. (1990), *Comprendre Jacques Lacan*, Toulouse, Privat (nouvelle éd).
- FARIS, R.E.L. & DUNHAM, H.W. (1939), *Mental Disorders in Urban Areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses*, Chicago, The University of Chicago Press.
- FARRAN, D.C. & SPARLING, J. (1988), « Coping styles in families of handicapped children », in Hibbs, E.D. (ed.), *Children and families : Studies in prevention and intervention*, 351-366, Madison, International Universities Studies Press.
- FEDIDA, P. (ed.) (1986), *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, Paris, G.R.E.U.P.P.
- FEDIDA, P. (2000), « Le canular de la Neuropsychanalyse », *La Recherche*, hors-série, n° 3.
- FEIGHNER, J.P., ROBINS, E., GUZE, S.B., WOODRUFF, R.A. (Jr.), WINOKUR, G. & MUNOZ, R. (1972), « Diagnostic criteria for use in psychiatric research », *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- FEINSTEIN, A.R. (1988), ICD, POR, and DRG, « Unsolved scientific problems in the nosology of clinical medicine », *Archives of Internal Medicine*, 148, 2269-2274.
- FENTON, G.W. (1982), « Hysterical alterations of consciousness », in Roy, A. (ed), *Hysteria*, 229-246, Chichester, John Wiley & Sons.
- FERGUSON, D.M., HORWOOD, L.J. & SHANNON, F.T. (1986), « Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control : an 8-year longitudinal study », *Pediatrics*, 78, 884-890.

- FERRANT, A. (2007), « Psychopathologie de l'adulte », in Roussillon, R. *et al.*, *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, 403-503, Paris, Masson.
- FINE, R. (1975), « The bankruptcy of behaviorism », *Psychoanalytic Review*, 62, 437-451.
- FINNEY, J.W. & MOOS, R.H. (1979), « Treatment and outcome for empirical subtypes of alcoholic patients », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 25-38.
- FISHER, S. & GREENBERG, R.P. (1977), *The Scientific Credibility of Freud's Théories and Therapy*, New York, Basic Books.
- FISCHER, W.F. (1974), « On the phenomenological mode of researching "Being anxious" », *Journal of Phenomenological Psychology*, 4, 405-423.
- FLAHERTY, J.A., GAVIRIA, F.M., PATHAK, D., MITCHELL, T., WINTROB, R., RICHMAN, J.A. & BIRZ, S. (1988), « Developing instruments for cross-cultural psychiatric research », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 257-263.
- FLAHERTY, J.A., KOHN, R., GOLBIN, A., GAVIRIA, M. & BIRZ, S. (1986), « Demoralization and social support in Soviet-Jewish immigrants to the United States », *Comprehensive Psychiatry*, 27, 149-158.
- FLOR-HENRY, P., FROMM-AUCH, D., TAPPER, M. & SCHOPFLOCHER, D. (1981), « A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria », *Biological Psychiatry*, 16, 601-626.
- FLORENCE, J. (1988), « Discussion de l'exposé de Jean Ladrière. Compte-rendu », in De Neuter, P. & Florence, J. (eds), *Sciences et Psychanalyse*, 27-31, Bruxelles, De Boeck-Wesmael.
- FOGLIO BONDA, P. (1987), *L'autismo infantile. Prospettive teoriche e di intervento*, Milano, Franco Angeli.
- FOLEY, V.D. (1974), *An Introduction to Family Therapy*, New York, Grune & Stratton.
- FOMBONNE, E. (2001), « Is there an epidemic of autism ? », *Pediatrics*, 107, 411-413.
- FONTAINE, O. (1978), *Introduction aux thérapies comportementales*, Bruxelles, Mardaga.
- FONTAINE, O., COTTRAUX, J. & LADOUCEUR, R. (1984), *Cliniques de thérapie comportementale*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- FORGET, J. & OTIS, R. (1984), « La modification de comportements sociaux difficiles chez l'enfant », in Fontaine, O., Cottraux, J. & Ladouceur, R. (eds), *Cliniques de thérapie comportementale*, 223-244, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- FORSTER, P.M. & GOVIER, E. (1978), « Discrimination without awareness ? » *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 30, 289-295.
- FORTIN, A. (1982), « Plans de recherche quasi expérimentaux », in Robert, M. (ed), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, 119-132, Montréal, Chenelière et Stanké.
- FORTIN, D. (1983), *Impact du chômage sur le bien-être psychologique et la santé mentale : Revue de la littérature*, Ste-Foy, Université Laval.
- FOULQUIE, P. (1968), *L'Existentialisme*, Paris, PUF (15e éd).
- FOULQUIE, P. (1978), *Vocabulaire des sciences sociales*, Paris, PUF.
- FOULQUIE, P. (1986), *Dictionnaire de la langue philosophique*, Paris, PUF (5e éd).

- FRAIBERG, S. & FREEDMAN, D.A. (1964), « Studies in the ego development of the congenitally blind child », *The Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 113-169.
- FRANCES, A. (2013), *Saving normal : an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5 Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, New York, William Morrow.
- FRANKL, V.E. (1959), *From death-camp to existentialism : a psychiatrist's path to a new therapy*, Boston, Beacon Press.
- FRARY, L.G. (1935), « Enuresis : A genetic study », *American Journal of Diseases of Children*, 49, 557-578.
- FREEDMAN, R., LEWIS, D.A., MICHELS, R., PINE, D.S. *et al.* (2013), « The initial field trials of DSM-5 : new blooms and old thorns », *American Journal of Psychiatry*, 170, 1-5.
- FREETH, M., SHEPPARD, E., RAMACHANDRAN, R. & MILNE, E. (2013), « A Cross-Cultural Comparison of Autistic Traits in the UK, India and Malaysia », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 2569-2583.
- FREUD, S. (1925), « Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes », in Strachey, J. (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. XIX, 243-258, London, The Hogarth Press, 1961.
- FREUD, S. (1932), *L'Avenir d'une illusion*, Paris, Denoël et Steele.
- FREUD, S. (1934), *Malaise dans la civilisation*, Paris, Denoël et Steele.
- FREUD, S. (1936), *Nouvelles Conférences sur la psychanalyse*, Paris, Gallimard.
- FREUD, S. (1941), *Écrits posthumes, Gesammelte Werke*, 17, 151.
- FREUD, S. (1947), *Totem et tabou*, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1948), *Moïse et le monothéisme*, Paris, Gallimard.
- FREUD, S. (1948), *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1950), *La Science des rêves*, Paris, PUF.
- FREUD, S. (1951), *L'Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1951), « Au-delà du principe de plaisir », in Freud, S., *Essais de psychanalyse*, 5-75, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1951), « Psychologie collective et analyse du Moi », in Freud, S., *Essais de psychanalyse*, 76-162, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1951), « Le Moi et le ça », in Freud, S., *Essais de psychanalyse*, 163-218, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1956), *Les Études sur l'hystérie*, Paris, PUF.
- FREUD, S. (1962), *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard.
- FREUD, S. (1965), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF (nlle éd).
- FRITH, U. (1991), *Autism and Asperger syndrome*, Cambridge, Cambridge University Press.
- GALIN, D., DIAMOND, R. & BRAFF, D. (1977), « Lateralization of conversion symptoms : more frequent on the left », *American Journal of Psychiatry*, 134, 578-580.
- GALLAGHER, B.J. (1987), *The Sociology of Mental Illness*, Englewood cliffs, N.J., Prentice-Hall (2<sup>e</sup> éd).

- GALLUP, G.G. (Jr.) & MASER, J.D. (1977), « Tonic immobility : evolutionary underpinnings of human catalepsy and catatonia », in Maser, J.D. & Seligman, M.E.P., *Psychopathology. Experimental models*, 334-357, San Francisco, W.H. Freeman.
- GANZ, M.L. (2007), « The lifetime distribution of the incremental societal cost of autism », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 343-349.
- GARDNER, L. (1979), « Behaviorism and dynamic psychology : Skinner and Freud », *The Psychoanalytic Review*, 66, 253-262.
- GARMEZY, N., MASTEN, A., NORDSTROM, L. & FERRARESE, M. (1979), « The nature of competence in normal and deviant children », in Kent, M.W. & Rolf, J.E. (eds), *Primaty Prevention of Psychopathology, vol. 3, Social Competence in Children*, 23-43, Hanover, N.H., University Press of New England.
- GARNER, W.R., HAKE, H.W. & ERIKSON, C.W. (1956), « Operationism and the concept of perception », *Psychological Review*, 63, 149-159.
- GARNIER, M., DELAMARE, V., DELAMARE, J. & DELAMARE-RICHE, T. (1989), *Dictionnaire des termes de médecine*, Paris, Maloine (22<sup>e</sup> éd).
- GASTAUT, H., BATINI, C., BROUGHTON, R., FRESSY, J. & TASSINARI, C.A. (1965), « Étude électroencéphalographique des phénomènes épisodiques non épileptiques au cours du sommeil », in La Société d'Électroencéphalographie et de Neurophysiologie clinique de langue française (éd.), *Le sommeil de nuit normal et pathologique, Études électroencéphalographiques*, 215-236, Paris, Masson.
- GASTAUT, H. & BROUGHTON, R.G. (1963), « Étude polygraphique de l'énurésie nocturne », *Revue Neurologique*, 109, 246-247.
- GAUTHIER, R. (1985), « Techniques d'enregistrement du comportement », in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds), *Éthologie et développement de l'enfant*, 59-75, Paris, Stock/Laurence Pernoud.
- GAY, P. (1969), « Weimar culture : the outsider as insider », in Fleming, D. & Bailyn, B. (eds), *The Intellectual Migration*, 11-93, Cambridge, Harvard University Press.
- GAYDA, M., VACOLA, G. & BORNSTEIN, S. (1985), « L'homosexualité dans le DSM-III », in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 114-117, Paris, Masson.
- GEIMAN, T.M., & ROBERTSON, K.D. (2002), « Chromatin remodeling, histone modifications, and DNA methylation-how does it all fit together ? », *Journal of Cellular Biochemistry*, 87, 117-125.
- GILL, M.J. & HARRIS, S.L. (1991), « Hardiness and social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 407-416.
- GILLING, J.A. (2012), « 'When the powerfulness isn't so helpful': Callum's relationship with autism », *Educational & Child Psychology*, 29 (2), 32-40.
- GIORGI, A. (1966), « Phenomenology and experimental psychology : II », *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 6, 37-50.
- GIORGI, A. (1971), « Phenomenology and experimental psychology : I », in Giorgi, A., Fischer, W.F. & Von Eckartsberg, R. (eds), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. 1, 6-16. Pittsburgh, Duquesne University Press.

- GIORGI, A. (1975a), « Convergence and divergence of qualitative and quantitative methods in psychology », in Giorgi, A., Fisher, C.T. & Murray, E.L. (eds), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. II, 72-79, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- GIORGI, A. (1975b), « An application of phenomenological method in psychology », in Giorgi, A., Fisher, C.T. & Murray, E.L. (eds), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. II, 82-103, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- GIORGI, A. (1983), « Concerning the possibility of phenomenological psychological research », *Journal of Phenomenological Psychology*, 14, 129-169.
- GIURGEA, CE. (1986), *L'Héritage de Pavlov. Un demi-siècle après sa mort*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- GLICK, M., ZIGLER, E. & ZIGLER, B. (1985), « Developmental correlates of age at first hospitalization in nonschizophrenic psychiatric patients », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 677-684.
- GODEFROY, P. (1983), « Jacques-Marie-Émile Lacan », in Postel, J. & Quételet, C. (eds), *Nouvelle histoire de la Psychiatrie*, 660-661, Toulouse, Privat.
- GOFFMAN, E. (1961), *Asylums : Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, Doubleday & Company.
- GOFFMAN, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- GOGUELIN, P. (1983), « Comprendre les hommes, construire des modèles », in Actes du Colloque : Comprendre l'homme, construire des modèles : *Les Modèles implicites et explicites en psychologie*, 85-92, Paris, Société Française de Psychologie.
- GOLDBERG, D.P. (1972), *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. A Technique for the Identification and Assessment of Non-Psychotic Psychiatric Illness*, London, Oxford University Press.
- GOLDBERG, E.M. & MORRISON, S.L. (1963), « Schizophrenia and social class », *British Journal of Psychiatry*, 109, 785-802.
- GOLDHAMER, H. & MARSHALL, A.W. (1953), *Psychosis and Civilization. Two Studies in the Frequency of Mental Disease*, Glencoe, Ill., Free Press.
- GOLDMAN, A.R., BOHR, R.H. & STEINBERG, T.A. (1970), « On posing as mental patients : reminiscences and recommendations », *Professional Psychology*, 1, 427-434.
- GOLSE, B. (1995), « L'autisme infantile en France en 1994 », *Psychiatrie de l'enfant*, 2, 463-476.
- GOTTESMAN, I.I., & GOULD, T.D. (2003), « The endophenotype concept in psychiatry : Etymology and strategic intentions », *American Journal of Psychiatry*, 160 (4), 636-645.
- GOTTLIEB, B.H. (ed) (1981), *Social Networks and Social Supports*, Beverly Hills, Ca., Sage publications.
- GOUNONGBE, A., PIREAUX, J.P. & PELC, I. (1985), « Représentation et place de l'événement en psychopathologie, en Europe et en Afrique », in Guyotat, J. & Fédida, P. (eds), *Événement et psychopathologie*, 74-79. Villeurbanne, SIMEP.
- GOUPIL, G. (1981), *Les Conditions d'intégration de l'élève handicapé de la vue dans les écoles régulières du Québec*, Montréal, Université de Montréal.



- GOVIER, E. & PITTS, M. (1982), « The contextual disambiguation of a polysemous word in an unattended message », *British Journal of Psychology*, 73, 537-545.
- GRANDGEORGE, M., BOURREAU, Y., ALAVI, Z., LEMONNIER, E. et al. (2015), « Interest towards human, animal and object in children with autism spectrum disorders : an ethological approach at home », *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 83-93.
- GRANDIN, T. (1986/1994), *Ma vie d'autiste*, Paris, Odile Jacob.
- GRANDIN, T. (1995/1997), *Penser en images et autres témoignages sur l'autisme*, Paris, Odile Jacob.
- GREENBERG, R.P. & FISHER, S. (1983), « Freud and the female reproductive process : tests and issues », in Masling, J. (ed), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, vol. 1, 251-281, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.
- GREMY, F., TOMKIEWICZ, S., FERRARI, P. & LELORD, G. (eds) (1987), *Autisme infantile*, Colloque International INSERM-CNRS à l'initiative de l'ARAPI (Paris, 11-13 décembre 1985), Paris, INSERM.
- GROSSBERG, J.M. (1964), « Behavior therapy : a review », *Psychological Bulletin*, 62, 73-88.
- GRUNBERG, F. (1980), « État actuel de la psychiatrie », in Lalonde, P. & Grunberg, F. (eds), *Psychiatrie clinique. Approche contemporaine*, 1-32. Chicoutimi, Gaétan Morin.
- GRUZELIER, J. (1981), « Hemispheric imbalances masquerading as paranoid and non paranoid syndromes », *Schizophrenia Bulletin*, 7, 662-673.
- HAAG, G., TORDJMAN, S., DUPRAT, A., CLÉMENT, M.-C. et al. (1995), « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité », *Psychiatrie de l'enfant*, 2, 495-527.
- HAIG, D. (2012), « Commentary : The epidemiology of epigenetics », *International Journal of Epidemiology*, 41, 13-16.
- HALEY, J., CAILLE, P., AUSLOOS, G., FERREIRA, A.J., SLUZKI, C.E., VERON, E. & BENOIT, J.-C. (1980), *Changements systémiques en thérapie familiale*, Paris, ESF.
- HALL, L. & KELLEY, E. (2014), « The contribution of epigenetics to understanding genetic factors in autism », *Autism*, 18 (8) 872-881.
- HALLIDAY, A.M. (1968), « Computing techniques in neurological diagnosis », *British Medical Bulletin*, 24, 253-259.
- HAMMER, M. (1981), « Social supports, social networks, and schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin*, 7, 45-57.
- HARDY, P. (1986), « Aspects cognitifs de la pathologie dépressive », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 9-37110 A<sup>10</sup> (2<sup>e</sup> fiche), 1-3.
- HARE, E. (1983), « Was insanity on the increase ? » *British Journal of Psychiatry*, 142, 439-455.
- HARLOW, H.F. (1958), « The nature of love », *The American Psychologist*, 13, 673-685.
- HARRIS, F.R., JOHNSTON, M.K., KELLY, C.S. & WOLF, M.M. (1964), « Effects of positive social reinforcement on regressed crawling of a nursery school child », *Journal of Educational Psychology*, 55, 35-41.
- HARRISON, S. (1970), « Is psychoanalysis "our science" ? Reflections on the scientific status of psychoanalysis », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 125-149.
- HASPEL, K.C. & HARRIS, R.S. (1982), « Effect of tachistoscopic stimulation of subconscious oedipal wishes on competitive performance : a failure to replicate », *Journal of Abnormal*

- Psychology*, 91, 437-443.
- HEILBRUN, K.S. (1980), « Silverman's subliminal psychodynamic activation : A failure to replicate », *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 560-566.
- HELGESON, V.S. & LOPEZ L. (2008), « Social support and growth following adversity », in Reich, J.W., Zautra, A.J. & Hall, J.S. (eds.), *Handbook of adult resilience*, 309-330, New York, Guilford Press.
- HELMAN, Z. (ed) (1973), *Psychopathologie structurale. 1. Études et recherches*, Paris, Université de Lille III, Éditions Universitaires.
- HELMAN, Z. (ed) (1977), *Psychopathologie structurale. 2. Études et recherches*, Lille, Publications de l'Université de Lille III.
- HELMAN, Z. (ed) (1980), *Psychopathologie structurale. 3. Structure et évolution*, Lille, Presses Universitaires de Lille.
- HELMAN, Z. (ed) (1984), *Psychopathologie structurale. 4. Délire et vision en images*, Toulouse, Erès.
- HENDERSON, S., BYRNE, D.G. & DUNCAN-JONES, P. (1981), *Neurosis and the Social Environment*, Sidney, Academic Press.
- HEREFORD, S.M., CLELAND, C.C. & FELLNER, M. (1973), « Territoriality and scent-marking : a study of profoundly retarded enuretics and encopretics », *American Journal of Mental Deficiency*, 77, 426-430.
- HERNANDEZ-PEON, R., CHAVEZ-IBARRA, G. & AGUILAR-FIGUEROA, E. (1963), « Somatic evoked potentials in one case of hysterical anaesthesia », *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 15, 889-892.
- HEUYER, G. (1970), « Préface », in Rouault de la Vigne, A., *Éléments de psychopathologie médico-sociale. t. 1. L'Adulte*, Paris, ESF.
- HICKOK, G. (2014), *The myth of mirror neurons. The real neuroscience of communication and cognition*, New York, Norton & Company.
- HOCH, P.H. (1972), *Differential Diagnosis in Clinical Psychiatry*, New York, Aronson.
- HOLZMAN, P.S., PROCTOR, L.R., & HUGHES, D.W. (1973), « Eye-tracking patterns in schizophrenia », *Science*, 181, 179-181
- HONDA, Y. (1983), DSM-III in Japan, in Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Skodol, A.E. (eds), *International Perspectives on DSM-III*, 185-201, Washington, American Psychiatric Press.
- HONIGMANN, J.J. (1968), « The study of personality in primitive societies », in Norbeck, E., Price-Williams, D. & McCord, W.M. (eds), *The Study of Personality. An Interdisciplinary Appraisal*, 246-276, New York, Holt, Rinehart & Winston.
- HOOLEY, J.M., NEALE, J.M. & DAVISON, G.C. (eds) (1989), *Readings in Abnormal Psychology*, New York, John Wiley and Sons.
- HORVATH, T., FRIEDMAN, J. & MEARES, R. (1980), « Attention in hysteria : a study of Janet's hypothesis by means of habituation and arousal measures », *American Journal of Psychiatry*, 137, 217-220.
- HOWARD, J.E. & DORFMAN, L.J. (1986), « Evoked potentials in hysteria and malingering », *Journal of Clinical Neurophysiology*, 3, 39-49.

- HOWELLS, J.G. (ed.) (1988), *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology. Modern Perspectives in Psychiatry*, New York, Brunner/Mazel.
- HOWLIN, P. (2005), « Outcomes in autism spectrum disorders », in Volkmar, F.R., Paul, R., Klin, A. & Cohen, D. (eds), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (3<sup>e</sup> ed), vol. 1, 201-220, Hoboken, John Wiley & Sons.
- HUBER, W. (1987), *La Psychologie clinique aujourd'hui*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- HUI, C.H. & TRIANDIS, H.C. (1985), « Measurement in cross-cultural psychology. A review and comparison of strategies », *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 16, 131-152.
- HULL, C.L. (1943), *Principles of Behavior : An Introduction to Behavior Theory*, New York, Appleton-century company.
- HULL, C.L. (1964), *A behavior System. An introduction to behavior theory concerning the individual organism*, New York, Science Editions.
- HUTT, S.J. & HUTT, C. (eds) (1970), *Behaviour Studies in Psychiatry*, Oxford, Pergamon Press.
- INGRAM, R.E. & KENDALL, P.C. (1986), « Cognitive clinical psychology : implications of an information processing perspective », in Ingram R.E. (ed), *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*, 3-21, Orlando, Fla, Academic Press.
- INOUE, E. (1972), « Genetics aspects of neurosis : a review », *International Journal of Mental Health*, 1, 176-189.
- INSEL, Y. (2009), « Translating scientific opportunity into public health impact. A strategic plan for research on mental illness », *Archives of General Psychiatry*, 66 (2), 128-133.
- IONESCU, S. (1989), « Psychologie, psychopathologie et sida », *Psychologie française*, 34, 113-126.
- IONESCU, S. (1995/2005), « Au-delà de la simple description : comparaison et regroupement des approches de la psychopathologie », in Ghiglione, R. & Richard, J.-F. (eds), *Cours de psychologie, vol. 6, Processus et applications*, 460-463, Paris, Dunod.
- IONESCU, S. (1995/2005), « La schizophrénie comme exemple d'application à un même objet d'étude de différentes approches de la psychopathologie », in Ghiglione, R. & Richard, J.-F. (eds), *Cours de psychologie, vol. 6, Processus et applications*, 463-492, Paris, Dunod.
- IONESCU, S. (2007), « Psychopathologie générale : fondements d'une approche intégrative », in Ionescu, S. & Blanchet, A. (eds), *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie*, 7-58, Paris, Presses Universitaires de France.
- IONESCU, S. (2010), *Psychopathologie de l'adulte. Fondements et perspectives*, Paris, Belin Sup.
- IONESCU, S., STIEFFATRE-NASCIMENTO, M. & GOUSSÉ, V. (2011), « La résilience des personnes présentant des troubles mentaux : perspectives pour l'intervention », in Ionescu, S. (ed.), *Traité de résilience assistée*, 247-282, Paris, Presses Universitaires de France.
- IRVINE, S.H. & CARROLL, W.K. (1980), « Testing and assessment across cultures : issues in methodology and theory », in Triandis, H.C. & Berry, J.W. (eds), *Handbook of Cross-Cultural Psychology. Methodology*, vol. 2, 181-244, Boston, Allyn & Bacon.
- ISHIYAMA, T., BATMAN, R. & HEWITT, E. (1967), « Let's be patients », *American Journal of Nursing*, 67, 569-571.



- IVANOV-SMOLENSKY, A.G. (1955), « Essais sur la physiopathologie de l'activité nerveuse supérieure », *La Raison*, 11-12.
- JABLENSKY, A., SCHWARZ, R. & TOMOV, T. (1980), « WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, suppl. 285, 152-163.
- JAMES, W. (1890), *Principles of Psychology*, New York, H. Holt, Rinehart & Winston.
- JAMPALA, V.C, SIERLES, F.S. & TAYLOR, M.A. (1986), « A consumer's view of *DSM-III* : Attitudes and practices of U.S. psychiatrists and 1984 graduating psychiatry residents », *The American Journal of Psychiatry*, 143, 148-153.
- JAMPALA, V.C., SIERLES, F.S. & TAYLOR, M.A. (1988), « The use of *DSM-III* in the United States : a case of not going by the book », *Comprehensive Psychiatry*, 29, 39-47.
- JANOFF-BULMAN, R. (2006) « Schema-change perspectives on posttraumatic growth », in Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (eds.), *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice*, 81-99, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates.
- JASNOSKI, M.L. (1984), « The ecosystemic perspective in clinical assessment and intervention », in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 41-56, New York, John Wiley & Sons.
- JASPERS, K. (1928), *Psychopathologie générale*, Paris, Librairie Félix Alcan.
- JESTE, D.V., CARMEN, R., LOHR, J.B. & WYATT, R.J. (1985), « Did schizophrenia exist before the eighteenth century ? » *Comprehensive Psychiatry*, 26, 493-503.
- JOHN, B., & LEWIS, K.R. (1966), « Chromosome variability and geographical distribution in insects : chromosome rather than gene variation provide the key to differences among populations », *Science*, 152, 711-721.
- JOHNSON, J.H. & SARASON, I.G. (1979), « Moderator variables in life stress research », in Sarason, I.G. & Spielberger, CD. (eds), *Stress and Anxiety*, vol. 6, 151-167, Washington, D.C., Hemisphere Publishing.
- JONES, E.E. (1978), « Black-White personality differences : another look », *Journal of Personality Assessment*, 42, 244-252.
- JONES, M. (1952), « Social psychiatry », *A Study of Therapeutics Communities*, London, Tavistock Publications.
- JUNI, S. & NELSON, S.P. (1984), « Minor tonality music preference and oral dependency », unpublished manuscript.
- KANDEL, E.R. (1998), « A new intellectual framework for psychiatry », *American Journal of Psychiatry*, 155 (4), 457-469.
- KANDEL, E.R. (1999), « Biology and the future of psychoanalysis : A new intellectual framework for psychiatry revisited », *American Journal of Psychiatry*, 156 (4), 505-204.
- KANNER, L. (1971), « Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943 », *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1 (2), 119-145.
- KANNER, L. (1973), *Childhood psychosis : Initial studies and new insights*, New York, Winston/Wiley.
- KANTOR, J.R. (1924), *Principles of Psychology*, vol. 1, New York, Alfred A. Knopf.
- KAPLAN, B. (1967), « Meditations on genesis », *Human Development*, 10, 65-87.

- KAPLAN, B.J., FRIEDMAN, W.A. & GRAVENSTEIN, D. (1985), « Somatosensory evoked potentials in hysterical paraplegia », *Surgical Neurology*, 23, 502-506.
- KAPLAN-SOLMS, K. & SOLMS, M. (2000), *Clinical studies in neuro-psychoanalysis. Introduction to a depth neuropsychology*, London, H. Karnak Ltd.
- KARNO, M., BURNAM, M.A., ESCOBAR, J.I., HOUGH, R.L. & EATON, W.W. (1983), « Development of the spanish-language version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule », *Archives of General Psychiatry*, 40, 1183-1188.
- KAUFMAN, M.E. & LEVITT, H. (1965), « A study of three stereotyped behaviors in institutionalized mental defectives », *American Journal of Mental Deficiency*, 69, 467-473.
- KAYE, N. (1975), « The therapeutic value of three merging stimuli for male schizophrenics », Thèse de doctorat non publiée, Yeshiva University.
- KAYFITZ, A.D., GRAGG, M.N. & ORR, R.R. (2010), « Positive experiences of mothers and fathers of children with autism », *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 337-343.
- KAZDIN, A.E., FRENCH, N.H., UNIS, A.S., ESVELDT-DAWSON, K. & SHERICK, R.B. (1983), « Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 504-510.
- KEENEY, B.P. (1984), « An ecological epistemology for therapy », in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 24-40, New York, John Wiley & Sons.
- KEITH, D.V. (1980), « Family therapy and lithium deficiency », *Journal of Marital and Family Therapy*, 6, 49-53.
- KELLY, G.A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, New York, W.W. Norton.
- KENDALL, P.C. & HOLLON, S.D. (eds) (1979), « Cognitive-behavioral interventions », *Theory, Research, and Procedures*, New York, Academic Press.
- KENNEDY, J.G. (1973), « Cultural psychiatry », in Honigmann, J.J. (ed.), *Handbook of Social and Cultural Anthropology*, 1119-1198, Chicago, Ranci McNally College Publishing Company.
- KENNEDY, J.L., GIUFFRA, L.A., MOISES, H.W., CAVALLI-SFORZA, L.L., PAKSTIS, A.J., KIDD, J.R., CASTIGLIONE, C.M., SJOGREN, B., WETTERBERG, L. & KIDD, K.K. (1988), « Evidence against linkage of schizophrenia to markers on chromosome 5 in a northern swedish pedigree », *Nature*, 336(10), 167-170.
- KENNY, M.G. (1983), « Paradox lost : the latah problem revisited », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 159-167.
- KERTZMAN, D. (1978), « Dependency, frustration tolerance, and impulse control in child-abusers », Thèse de doctorat non publiée, State University of New York at Buffalo.
- KIEV, A. (1972), *Transcultural Psychiatry*, New York, Free Press.
- KIM, H.U. (2012), « Autism across cultures : rethinking autism », *Disability & Society*, 27 (4), 535-545.
- KIMMEL, H.D. (1971), *Experimental Psychopathology, Recent Research and Theory*. New York, Academic Press.
- KIMURA, B. (1971), « Struktur des Selbstbewusstseins bei Japaner in Spiegel der sogenannten "Anthropophobien" », *Transcultural Psychiatric Research Review*, 8, 129-130.

- KIPMAN, S.-D. (1989), *La Rigueur de l'intuition*, Paris, A.M. Métailié.
- KLERMAN, G.L. (1978), « The evolution of a scientific nosology », in Shershow, J.C. (ed), *Schizophrenia. Science and Practice*, 99-121, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- KLERMAN, G.L. (1985), « The significance of *DSM-III* in American psychiatry », in Pichot, P. (ed), *DSM-III et psychiatrie française*, 19-40, Paris, Masson.
- KLIGERMAN, M.J. & MCKEGNEY, F.P. (1971), « Patterns of psychiatrie consultation in two general hospitals », *Psychiatry in Medicine*, 2, 126-132.
- KLINE, P. (1972), *Fact and Fantasy in Freudian Theory*, London, Methuen.
- KNIGHT, R.P. (1937), « The dynamics and treatment of chronic alcohol addiction », *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1, 233-250.
- KOFFKA, K. (1935), *Principles of Gestalt Psychology*, New York, Harcourt, Brace and World.
- KÖHLER, W. (1947), *Gestalt Psychology, An Introduction to New Concepts in Modern Psychology*, New York, Liveright.
- KRANZ, H. & HEINRICH, K. (eds) (1975), *Psychiatrische und ethologische Aspekte abnormen Verhaltens*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
- KRUGER, A.K. (1954), « Direct and substitutive modes of tension-reduction in terms of developmental level : an experimental analysis by means of the Rorschach test », *Dissertation Abstracts International*, 14, 1806, (University Microfilms n° 00-09013).
- KRUMM, N., O'ROAK, B.J., SHENDURE, J. & EICHLER, E.E. (2014), « A de novo convergence of autism genetics and molecular neuroscience », *Trends in Neurosciences*, 37 (2), 95-105.
- KRUPINSKI, J. (1979), « Urbanization and mental health : Psychiatrie morbidity, suicide and violence in the State of Victoria », *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13, 139-145.
- KUHN, T. S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press.
- KUIPER, N.A., OLINGER, L.J. & MACDONALD, M.R. (1988), « Vulnerability and episodic cognitions in a self-worth contingency model of depression », in Alloy, L.B. (ed), *Cognitive Processes in Depression*, 289-309, New York, The Guilford Press.
- KULAGE, K.M., SMALDONE, A.M. & COHN, E.G. (2014), « How will DSM-5 affect autism diagnosis ? A systematic literature review and meta-analysis », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1918-1932.
- LABOVITZ, S. (1968), « Variation in suicide rates », in Gibbs, J.P. (ed), *Suicide*, 57-73, New York, Harper and Row.
- LACAN, J. (1956-1957), « Les Formations de l'inconscient », *Bulletin de Psychologie*, 11 (4, 5) et 12 (2, 3, 4).
- LACAN, J. (1977), « Ouverture de la section clinique », *Ornicar*, 9, 7-14.
- LADER, M. & SARTORIUS, N. (1968), « Anxiety in patients with hysterical conversion symptoms », *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 31, 490-495.
- LADOUCEUR, R., BOUCHARD, M.-A. & GRANGER, L. (1977), *Principes et applications des thérapies comportementales*, Paris, Maloine.
- LADRIERE, J. (1988), « Les sciences humaines et le problème de la scientificité », in De Neuter, P. & Florence, J. (eds), *Sciences et Psychanalyse*, 9-26. Bruxelles, De Bœck-Wesmael.

- LAGACHE, D. (1986), *La Folle du logis. La psychanalyse comme science exacte*, Paris, PUF.
- LAING, R.D. (1967), *The Politics of Experience*, New York, Pantheon Books.
- LALANDE, A. (1980), *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF (13<sup>e</sup> éd).
- LAMB, H.R. (1979), « The new asylums in the community », *Archives of General Psychiatry*, 36, 129-134.
- LANDY, D. (1985), « Pibloktoq (hysteria) and Inuit nutrition : possible implication of hypervitaminosis A », *Social Science and Medicine*, 21, 173-185.
- LANE, C. (2009), *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris, Flammarion.
- LANE, H. & PILLARD, R. (1978), *The wild boy of Burundi : A study of an outcast child*, New York, Random House.
- LANG, P.J. & LAZOVIK, A.D. (1963), « Experimental desensitization of a phobia », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525.
- LANGER, E.J. (1978), « Rethinking the role of thought in social interaction », in Harvey, J.H., Ickes, W. & Kidd, R.F. (eds), *New Directions in Attribution Research*, vol. 2, 35-58, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- LANTERI-LAURA, G. (1963), *La Psychiatrie phénoménologique. Fondements philosophiques*, Paris, PUF.
- LANTERI-LAURA, G. (1966), « Les apports de la linguistique à la psychiatrie contemporaine », Rapport au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Grenoble, septembre 1966.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1973), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Paris, PUF.
- LA RUE, A. & JARVIK, L.F. (1986), « Toward the prediction of dementias arising in the senium », in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds), *Life-span Research on The Prediction of Psychopathology*, 261-274, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- LASZLO, E. (1972), *A Systems View of the World*, New York, G. Braziller.
- LAUBSCHER, B.J.F. (1937), *Sex, Custom and Psychopathology. A Study of South African Pagan Natives*, London, Routledge & Kegan Paul.
- LEBOVICI, S. & WEIL-HALPERN, F. (eds) (1989), *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF.
- LEBOYER, M. (1985), *Autisme infantile. Faits et modèles*, Paris, PUF.
- LECOMTE, C. (1987a), « Mythes et réalités de l'éclectisme en psychothérapie », in Lecomte, C. & Castonguay, L.G. (eds), *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, 23-38, Chicoutimi, Gaëtan Morin.
- LECOMTE, C. (1987b), « Et maintenant, que faire ? Les psychothérapeutes face à l'éclectisme », in Lecomte, C. & Castonguay, L.G. (eds), *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, 207-221. Chicoutimi, Gaëtan Morin.
- LEDUC, A. (1984), *Recherches sur le behaviorisme paradigmatique ou social*, Brossard, Qué., Éditions Behaviora.
- LEE, I. & TYRER, P. (1980), « Responses of chronic agoraphobics to subliminal and supraliminal phobic motion pictures », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 34-40.

- LEE, I., TYRER, P. & HORN, S. (1983), « A comparison of subliminal, supraliminal and faded phobie cine-films in the treatment of agoraphobia », *British Journal of Psychiatry*, 143, 356-361.
- LEFEBVRE, P., BARROIS, C. & BAZOT, M. (1985), « DSM-III et psychiatrie militaire », in Pichot, P. (ed), *DSM-III et psychiatrie française*, 60-65, Paris, Masson.
- LEFEVRE, M., LEOVICI, S. & JEAMMET, P. (1983), « L'application de la nouvelle classification américaine dite *DSM III* à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », *Psychiatrie de l'enfant*, 26, 459-505.
- LEFF, J.P. (1974), « Transcultural influences on psychiatrists' rating of verbally expressed emotion », *British Journal of Psychiatry*, 125, 336-340.
- LEGRAND, M. (1983), *Psychanalyse, science, société*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- LE GUEN, C., FLOURNOY, O., STENGERS, I. & GUILLAUMIN, J. (1989), *La Psychanalyse, une science ?* Paris, Les Belles Lettres.
- LEIGHTON, A.H. (1959), *My Name is Legion. Foundations for a Theory of Man in Relation to Culture*, New York, Basic Books.
- LERNER, R.M. (1998), « Theories of human development : Contemporary perspectives », in Damon, W. & Lerner, R.M. (eds), *Handbook of Child Psychology*, 5<sup>th</sup> edition, vol. 1, 1-24, New York, Wiley.
- LESSE, S. (1979), « Behavioral problems masking depression : Cultural and clinical survey », *American Journal of Psychotherapy*, 33, 41-53.
- LESSER, R.P. (1985), « Psychogenic seizures », in Pedley, T.A. & Meldrum, B.S. (eds), *Recent Advances in Epilepsy*, n° 2, Edinburgh, Churchill Livingston.
- LETENDRE, R., MONAST, D. & PICOTTE, F. (1988), « Dynamique de l'expérience de l'hospitalisation en département interne de psychiatrie chez les 18-30 ans », Rapport d'une recherche subventionnée par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale, Université du Québec à Montréal.
- LEVEAU, J., GRIEZ, E. & MAZEL, J.-B. (1989), *Thérapies comportementales en psychiatrie*, Paris, Masson.
- LEVINE, J. & ZIGLER, E. (1973), « The essential-reactive distinction in alcoholism : A developmental approach », *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 242-249.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1973), *Anthropologie structurale deux*, Paris, Plon.
- LEVY, L. (1974), « Social class and mental disorder », *Psychiatrica Clinica*, 7, 271-286.
- LEVY, R. & BEHRMAN, J. (1970), « Cortical evoked responses in hysterical hemianaesthesia », *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 29, 400-402.
- LEVY, R. & MUSHIN, J. (1973), « Somatosensory evoked responses in patients with hysterical anaesthesia », *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 81-84.
- LEVY, L. & ROWITZ, L. (1973), *The Ecology of Mental Disorder*, New York, Behavioral Publications.
- LEWIN, K. (1935), « A dynamic theory of personality », *Selected Papers*, New York, McGraw-Hill.
- LIDBERG, L., ÅSBERG, M. & SUNDQVIST-STENSMAN, U.B. (1984), « 5-hydroxyindoleacetic acid levels in attempted suicides who have killed their children », *Lancet*, 2, 928.
- LIDBERG, L., TUCK, J.R., ÅSBERG, M., SCALIA-TOMBA, G.P. & BERTILSSON, L. (1985), « Homicide, suicide and CSF 5-HIAA », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 230-236.



- LIDZ, T. (1973), « Adolf Meyer – Psychobiologie et psychiatrie dynamique », *Confrontations Psychiatriques*, 6, 163-181.
- LIN, N., SIMEONE, R.S., ENSEL, W.M. & KUO, W. (1979), « Social support, stressful life events, and illness : a model and an empirical test », *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- LINDSLEY, D.B. (1951), « Emotion », in Stevens, S.S. (ed), *Handbook of Experimental Psychology*, 473-516, New York, John Wiley & Sons.
- LINKOWSKI, P., VAN WETTERE, J.P., KERKHOFS, M., BRAUMAN, H. & MENDLEWICZ, J. (1983), « Thyrotrophin response to thyreostimulin in affectively ill women : relationship to suicidal behaviour », *British Journal of Psychiatry*, 143, 401-405.
- LINLEY, P.A., & JOSEPH, S. (2004), « Positive change following trauma and adversity », A review *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- LINNOILA, M., VIRKKUNEN, M., SCHEININ, M., NUUTILA, A., RIMON, R. & GOODWIN, F.K. (1983), « Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior », *Life Sciences*, 33, 2609-2614.
- LJUNGBERG, L. (1957), « Hysteria : a clinical, prognostic and genetic study », *Acta Psychiatrica et Neurologica Kjobenhavn*, Suppl. 112.
- LYOTARD, J.-F. (1964), *La Phénoménologie*, Paris, PUF.
- MACKINNON, D.W. & DUKES, W.F. (1962), « Repression », in Postman, L. (ed), *Psychology in the Making. Histories of Selected Research Problems*, 662-744, New York, Knopf.
- MACLEAN, P.D. (1973), *A Triune Concept of the Brain and Behaviour*, Toronto, University of Toronto Press.
- MACLEAN, P.D. (1974), « Bases neurologiques du comportement d'imitation chez le singe-écureuil », in Morin, E. & Piatelli-Palmarini, M. (eds), *L'Unité de l'homme*, 186-212, Paris, Éditions du Seuil.
- MAGARO, P.A., JOHNSON, M.H. & BORING, R. (1986), « Information processing approaches to the treatment of schizophrenia », in Ingram, R.E. (ed), *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*, 283-304, Orlando, Fla, Academic Press.
- MAGIATI, I., TAY, X.W. & HOWLIN, P. (2014), « Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders : A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood », *Clinical Psychology Review*, 34, 73-86.
- MAGISTRETTI, P. & ANSERMET, F. (2010), *Neurosciences et psychanalyse*. Paris : Odile Jacob.
- MAGNUSSON, D. (2000), « The individual as the organizing principle in psychosocial inquiry : A holistic approach », in Bergman, L.R., Cairns, R.B., Nilsson, L.-G. & Nystedt, L. (eds), *Developmental science and the holistic approach*, 33-47, Mahwah, NJ, Erlbaum.
- MAHER, B.A. (1966), *Principles of Psychopathology. An Experimental Approach*, New York, McGraw-Hill.
- MAI, F.M. & MERSKEY, H. (1981), « Briquet's concept of hysteria : an historical perspective », *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 57-63.
- MAJ, M. (2014), « The media campaign on the DSM-5 : Recurring comments and lessons for the future of diagnosis in psychiatric practice », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 197-202.

- MALMO, R.B. (1959), « Activation : a neuropsychological dimension », *Psychological Review*, 66, 367-386.
- MANCHANDA, R. & MERSKEY, H. (1989), « Hysteria », in Prasad, A.J. (ed), *Biological Basis and Therapy of Neuroses*, 81-91, Boca Raton, Fla, CRC Press.
- MANDLER, J. (1975), *Mind and Emotion*, New York, John Wiley & Sons.
- MANNINO, F.V. & SHORE, M.F. (1984), « An ecological perspective on family intervention », in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 75-93, New York, John Wiley & Sons.
- MARC, E. & PICARD, D. (1984), *L'École de Palo Alto*, Éditions Retz.
- MARCEL, A.J. (1983), « Conscious and unconscious perception : experiments on visual masking and word recognition », *Cognitive Psychology*, 15, 197-237.
- MARCELLI, D. & BRACONNIER, A. (1984), *Psychopathologie de l'adolescent*, Paris, Masson.
- MARCUSE, Y. & CORNBLATT, B. (1986), « Children at high risk for schizophrenia : predictions from infancy to childhood functioning », in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, 81-100, Hillsdale, N.J., Laurence Erlbaum Associates.
- MARSDEN, C.D. (1986), « Hysteria : a neurologist's view », *Psychological Medicine*, 16, 277-288.
- MARSELLA, A.J. (1978), « Thoughts on cross-cultural studies on the epidemiology of depression », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, 343-357.
- MARSELLA, A.J. (1979), « Cross-cultural studies of mental disorders », in Marsella, A.J., Tharp, R.G. & Ciborowski, T.J. (eds), *Perspectives on Cross-Cultural Psychology*, New York, Academic Press.
- MARSELLA, A.J. (1984), « An interactional model of psychopathology », in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 232-250, New York, John Wiley & Sons.
- MARSELLA, A.J., ESCUDERO, M. & GORDON, P. (1972), « Stresses, resources, and symptom patterns in urban Filipino men », in Lebra, W.P. (ed), *Transcultural Research in Mental Health*, 148-171, Honolulu, The University Press of Hawaii.
- MARSELLA, A.J., ESCUDERO, M., & SANTIAGO, C. (1969), « Stresses, resources, and symptom patterns in urban Filipino men », Communication présentée à la *Second Conference on Transcultural Mental Health Research in Asia and The Pacific.*, University of Hawaii, Honolulu.
- MARSELLA, A.J., ESCUDERO, M. & BRENNAN, J. (1975), « Goal-striving discrepancy stress in urban Filipino men : II. Housing », *International Journal of Social Psychiatry*, 21, 282-291.
- MARSELLA, A.J. & SNYDER, K.K. (1981), « Stress, social supports, and schizophrenic disorders : Toward an interactional model », *Schizophrenia Bulletin*, 7, 152-163.
- MARSTON, W.M., KING, C.D. & MARSTON, E.H. (1931), *Integrative psychology. A study of unit response*, New York, Harcourt Brace.
- MASLING, J. (ed) (1983), *Empirical Studies of Psychoanalytical Theories*, Vol 1. Hillsdale, N.J., The Analytic Press.
- MASLING, J. (ed) (1986), *Empirical Studies of Psychoanalytical Theories*, Vol 2. Hillsdale, N.J., The Analytic Press.

- MASLING, J. (1986), « Orality, pathology, and interpersonal behavior », in Masling, J. (ed), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, vol 2, 73-106, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.
- MASLING, J., RABIE, L. & BLONDHEIM, S.H. (1967), « Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence », *Journal of Consulting Psychology*, 31, 233-239.
- MASLING, J & SCHWARTZ, M. (1979), « A critique of research in psychoanalytic theory », *Genetic Psychology Monographs*, 100, 257-307.
- MASLOW, A. (1968), *Toward a Psychology of Being*, Princeton, N.J., Van Nostrand (2<sup>e</sup> éd.)
- MASLOW, A.H. (1954), *Motivation and Personality*, New York, Harper & Row.
- MASLOW, A.H. (1969), « Existential psychology. What's in it for us », in May, R. (ed), *Existential Psychology*, 49-57, New York, Random House (2<sup>e</sup> éd).
- MASSERMAN, J.H. (1946), *Principles of Dynamic Psychiatry. Including an Integrative Approach to Abnormal and Clinical Psychology*, Philadelphia, W.B. Saunders.
- MASTEN, A.S. (2006), « Developmental psychopathology. Pathways to the future », *International Journal of Behavioral Development*, 30 (1), 47-54.
- MATSON, J.L. & KOZLOWSKI, A.M. (2011), « The increasing prevalence of autism spectrum disorders », *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 418-425.
- MAY, R. (1950), *The Meaning of Anxiety*, New York, Ronald Press.
- MAY, R. (1953), *Man's Search for Himself*, New York, W.W. Norton & Company.
- MAY, R. (ed.) (1960a), *Existential Psychology*, New York, The American Orthopsychiatric Association.
- MAY, R. (ed.) (1960b), *Symbolism in Religion and Literature*, New York, G. Braziller.
- MAY, R. (1967a), *The Art of Counseling*, Nashville, Abingdon Press.
- MAY, R. (1967b), *Psychology and Human Dilemma*, Toronto, Van Nostrand.
- MAY, R. (1967c), *Existential Psychotherapy*, CBC Publications.
- MAY, R. (1969), *Love and Will*, New York, W.W. Norton & Company.
- MAY, R. (1971), *Psychologie Existentielle*, Paris, Epi Éditeurs.
- MAY, R. (1972a), *Power and Innocence : A Search for the Sources for Violence*, New York, W.W. Norton and Company.
- MAY, R. (1972b), *Le Désir d'être. Psychothérapie existentielle*, Paris, Épi Éditeurs.
- MAY, R., ANGEL, E. & ELLENBERGER, H.F. (eds) (1958), *Existence. A New Dimension in Psychiatry and Psychology*, New York, Basic Books.
- MAYER-GROSS, W. SLATER, E. & ROTH, M. (1954), *Clinical Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins.
- MAZET, P. & STOLERU, S. (1988), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson.
- MCGUIRE, M.T. & FAIRBANKS, L.A. (eds) (1977a), *Ethological Psychiatry. Psychopathology in the Context of Evolutionary Biology*, New York, Grune & Stratton.
- MCGUIRE, M.T. & FAIRBANKS, L.A. (1977b), « Ethology : psychiatry's bridge to behavior », in McGuire, M.T. & Fairbanks, L.A. (eds), *Ethological Psychiatry. Psychopathology in the Context of Evolutionary Biology*, 1-40, New York, Grune & Stratton.



- MCMILLEN, J. C., & FISHER, R. H. (1998), « The Perceived Benefit Scales : Measuring perceived positive life changes after negative events », *Social Work Research*, 22, 173-186.
- MEAD, G. H. (1934), *Mind, Self and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*, Chicago, University of Chicago Press.
- MEARES, R. & HORVATH, T. (1972), « “Acute” and “chronic” hysteria », *British Journal of Psychiatry*, 121, 653-657.
- MECHANIC, D. & GREENLEY, J.R. (1976), « The prevalence of psychological distress and help-seeking in a college student population », *Social Psychiatry*, 11, 1-14.
- MEDNICK, S.A. (1958), « A learning theory approach to research in schizophrenia », *Psychological Bulletin*, 55, 316-327.
- MENDEL, G. (1968), *La Révolte contre le père. Une introduction à la sociopsychanalyse*, Paris, Payot.
- MENDLEWICZ, J. (ed) (1987), *Manuel de psychiatrie biologique*, Paris, Masson.
- MERSKEY, H. (1979), *The Analysis of Hysteria*, New York, Macmillan. MERSKEY, H. & BUHRICH, N. A. (1975), « Hysteria and organic brain disease », *British Journal of Medical Psychology*, 48, 359-366.
- METALSKY, G.I., ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P., SEMMEL, A. PETERSON, C. (1982), « Attributional styles and life events in the classroom : vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions », *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 612-617.
- METALSKY, G.I. HALBERSTADT, L.J. & ABRAMSON, L.Y. (1987), « Vulnerability to depressive mood reactions : toward a more powerful test of the diathesis – stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression », *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 386-393.
- MEURICE, E. (1977), *Psychiatrie et vie sociale*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- MEYER, R.G. (1989), *Cases in Developmental Psychology and Psychopathology*, Boston, Allyn & Bacon.
- MIGDALSKA-RICHARDS, A., & MILL, J. (2019), « Epigenetic studies of schizophrenia : current status and future directions », *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 25, 102-110.
- MIKKELSEN, E.J., RAPOPORT, J.J., NEE, L., GRUENAU, C., MENDELSON, W. & GILLIN, J.C. (1980), « Childhood enuresis, I : sleep patterns and psychopathology », *Archives of General Psychiatry*, 37, 1139-1144.
- MILES, M.B. & HUBERMAN, A.M. (1984), *Qualitative Data Analysis : A Source Book of New Methods*, Beverly Hills, Ca, Sage Publications.
- MILLER, G. A. (1962), *Psychology : The Science of Mental Life*, New York, Harper and Row.
- MILLER, J.M. (1973), « The effects of aggressive stimulation upon young adults who have experienced the death of a parent during childhood and adolescence », Thèse de doctorat non publiée, New York University.
- MILLER, L. (1984), « Neuropsychological concepts of somatoform disorders », *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14, 31-46.
- MILLER, P.H. (1989), *Theories of Developmental Psychology*, New York, W.H. Free-man and Company (2<sup>e</sup> éd).

- MILLER, P.M. & INGHAM, J.G. (1976), « Friends, confidants and symptoms », *Social Psychiatry*, 11, 51-58.
- MILLER, P.M., INGHAM, J.G. & DAVIDSON, S. (1976), « Life events, symptoms and social support », *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 515, 522.
- MILLER, S., SACCUZZO, D.P. & BRAFF, D. (1979), « Information processing deficits in remitted schizophrenics », *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 446-449.
- MILLER-JONES, D. (1989), « Culture and testing. Special Issue : children and their development : knowledge base, research agenda, and social policy application », *American Psychologist*, 44, 360-366.
- MILLON, T. & DIESENHAUS, H.I. (1972), *Research Methods in Psychopathology*, New York, John Wiley & Sons.
- MINKOFF, K., BERGMAN, E., BECK, A.T. & BECK, R. (1973), « Hopelessness, depression, and attempted suicide », *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- MISCH, R.C. (1954), « The relationship of motoric inhibition to developmental level and ideational functioning : an analysis by means of the Rorschach test », *Dissertation Abstracts International*, 14, 1810, (University Microfilms n° 00-09016).
- MITCHELL, K.S., WOLF, E.J., BOVIN, M.J., LEE, L.O., GREEN, J.D., ROSEN, R.C., KEANE, T.M., & MARX, B.P. (2017), « Network models of DSM-5 posttraumatic stress disorder : Implications for ICD-11 », *Journal of Abnormal Psychology*, 126(3), 355–366.
- MOHR, D. C., DICK, L. P., RUSSO, D., PINN, J., BOUDEWYN, A. C., Likosky, W., & Goodkin, D. E. (1999), « The psychosocial impact of multiple sclerosis : Exploring the patient's perspective », *Health Psychology*, 18, 376-382.
- MOLDOFSKY, H., & ENGLAND, R.S. (1975), « Facilitation of somatosensory average-evoked potentials in hysterical anesthesia and pain », *Archives of General Psychiatry*, 32, 193-197.
- MOLLARD, E. & COTTRAUX, J. (1984), « L'agoraphobie », in Fontaine, O., Cottraux, J. & Ladouceur, R. (eds), *Cliniques de thérapie comportementale*, 41-60, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- MOREL, P. (1983), « Dictionnaire biographique », in Postel, J. & Quételet, C. (eds), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, 566-735, Toulouse, Privat.
- MOREY, L.C., SKINNER, H.A. & BLASHFIELD, R.K. (1984), « A typology of alcohol abusers : correlates and implications », *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 408-417.
- MORIN, E. (1982), *Science avec conscience*, Paris, Fayard.
- MORUZZI, G. & MAGOUN, H.W. (1949), « Brain stem reticular formation and activation of the EEG », *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 1, 455-473.
- MOUSTAKAS, C. (1966), *Existentialist Child Therapy. The Child's Discovery of Himself*, New York, Basic Books.
- MOWRER, O.H. (1950), « Learning Theory and Personality Dynamics », *Selected papers*, New York, Ronald Press.
- MUCCHIELLI, R. (1966), *Introduction à la psychologie structurale*, Bruxelles, Dessart.
- MUCCHIELLI, A. & MUCCHIELLI, R. (1969), *Lexique des sciences sociales*, Paris, ESF.
- MUKHOPADHYAY, T.R. (2000), *Beyond the silence*, London, National Autistic Society.
- MUÑOZ, P.E. (1983), « Psiquiatria social : Un punto de vista sobre el enfermar », *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatria y Ciencias Afines*, 11, 163-180.

- MUÑOZ, P.E., VASQUEZ, J.L., PASTRANA, E., RODRIGUEZ, F. & ONECA, C. (1978), « Study of the validity of Goldberg's 60-item G.H.Q. in its Spanish version », *Social Psychiatry*, 13, 99-104.
- MURPHY, H.B.M. (1978), « Ethnopsychiatrie, les psychoses », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 4-37725 A<sup>10</sup>, 37-41.
- MURPHY, J.M. (1976), « Psychiatric labeling in cross-cultural perspective », *Science*, 191, 1019-1028.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J. & PEPPER, M.P. (1975), « Life events, social integration and psychiatric symptomatology », *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 421-427.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J., PEPPER, M.P. & OSTRANDER, D.R. (1972), « Life events and mental status : a longitudinal study », *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 398-406.
- MYERSON, A. (1940), « Book review : Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses », *American Journal of Psychiatry*, 96, 995-997.
- MYLET, M., STYFCO, S.J. & ZIGLER, E. (1979), « The interrelationship between self-image disparity and social competence, defensive style, and adjustment status », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 553-560.
- NANNEY, D.L. (1958), « Epigenetic control systems », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 44, 712-17.
- NATHAN, T. (1986), *La Folie des autres, Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.
- NATHAN, T. (1988), *Le Sperme du diable, Éléments d'ethnopsychothérapie*, Paris, PUF.
- NEISSER, U. (1967), *Cognitive Psychology*, New York, Appleton-Century-Crofts.
- NEISSER, U. (1976), *Cognition and Reality. Principles and Implications of Cognitive Psychology*, San Francisco, W.H. Freeman.
- NEWSTEAD, S.E. & DENNIS, I. (1979), « Lexical and grammatical processing of unshadowed messages : A re-examination of the Mackay effect », *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 31, 477-488.
- NINAN, P.T., VAN KAMMEN, D.P., SCHEININ, M., LINNOILA, M., BUNNEY, W.E. (Jr.) & GOODWIN, F.K. (1984), « CSF 5-hydroxyindoleacetic acid levels in suicidal schizophrenic patients », *American Journal of Psychiatry*, 141, 566-569.
- NISBETT, R.E. & WILSON, T.D. (1977), « Telling more than we can know : verbal reports on mental processes », *Psychological Review*, 84, 231-259.
- NORBURY, C.F. & SPARKS, A. (2013), « Difference or Disorder ? Cultural Issues in Understanding Neurodevelopmental Disorders », *Developmental Psychology*, 49 (1), 45-58.
- NORCROSS, J.C. & GRENCAVAGE, L.M. (1989), « Eclecticism and integration in counselling and psychotherapy : Major themes and obstacles », *British Journal of Guidance and Counselling*, 17 (3), 227-247.
- NORGAARD, J.P., HANSEN, J.H., BUGGE NIELSEN, J.I., PETERSON, B.S., KNUDSEN, N. & DJURHUSS, J.C. (1985), « Simultaneous registration of sleep-stages and bladder activity in enuresis », *Urology*, 26, 316-319.
- O'CONNOR, W.A. (1977), « Ecosystems theory and clinical mental health », *Psychiatric Annals*, 7, 63-77.
- O'CONNOR, W.A. & DANIELS, S. (1979), « Psychosocial ecosystems : A multi-level model », Communication présentée à l'Annual Convention of the American Psychological Association

(87<sup>e</sup>, New York, 1-5 septembre).

- O'CONNOR, W.A., KLASSEN, D.S. & O'CONNOR, K.S. (1979), « Evaluating human service programs : psychosocial method », in Ahmed, P.I. & Cœlho, G.V. (eds), *Toward a New Definition of Health. Psychosocial Dimensions*, 361-387, New York, Plenum Press.
- O'CONNOR, W.A. & RAMCHANDANI, K. (1970), « Community mental health : Training for innovation », *International Journal of Social Psychiatry*, 16, 194-200.
- ØDEGÅRD, Ø. (1967), « Changes in the prognosis of functional psychoses since the days of Kraepelin », *British Journal of Psychiatry*, 113, 813-822.
- OH, G., & PETRONIS, A. (2008), « Environmental studies of schizophrenia through the prism of epigenetics », *Schizophrenia Bulletin*, 34 (6), 1122-1129.
- O'LEARY, V.E., & ICKOVICS, J.R. (1995), « Resilience and thriving in response to challenge : An opportunity for a paradigm shift in women's health », *Women's health : Research on gender, behavior, and policy*, 1, 121-142.
- OLIVIER, J.M. & BURKHAM, R. (1982), « Subliminal psychodynamic activation in depression : A failure to replicate », *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 337-342.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1958), « Psiquiatria social y actitudes de la colectividad », *Serie Informes Técnicos*, 177, OMS, Genève.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1973), *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*, vol. I, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1974), *Le Suicide et les tentatives de suicide*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, *Cahiers de Santé Publique* n° 58.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977), *La Schizophrénie : Étude multinationale. Résumé de la phase d'évaluation initiale de l'étude pilote internationale sur la schizophrénie*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1978), *Troubles mentaux : Glossaire et guide de classification en concordance avec la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladie*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1979), *Schizophrenia. An International Follow-up Study*, Chichester, John Wiley & Sons.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1992/1993), *Classification internationale des maladies*, 10<sup>e</sup> révision, Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, Paris, Masson.
- O'ROAK, B.J., VIVES, L., GIRIRAJAN, S., KARAKOC, E. *et al.* (2012), « Sporadic autism exomes reveal a highly interconnected protein network of de novo mutations », *Nature*, 485, 246-250.
- OUSS, L., GOLSE, B., GEORGIEFF, N. & WIDLÖCHER, D. (2009), *Vers une neuropsychanalyse ?*, Paris, Odile Jacob.
- PANIAGUA, C. (1987), « Can clinical psychoanalysis be scientific ? » *American Journal of Psychotherapy*, 41, 104-116.
- PARK, C.L., COHEN, L.H., & MURCH, R. (1996), « Assessment and prediction of stress related growth », *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- PASAMANICK, B. & KNOBLOCH, H. (1966), *Retrospective Studies on the Epidemiology of Reproductive Casualty : Old and New*, Merrill-Palmer Quarterly, 12, 7-26.

- PATTISON, E.M. (1973), « Social System psychotherapy », *American Journal of Psychotherapy*, 17, 396-409.
- PATTISON, E.M. (1976), « Psychosocial system therapy », in Hirschowitz, R.G. & Levy, B. (eds), *The Changing Mental Health Scene*, 127-152, New York, Spectrum.
- PATTISON, E.M. (1977), « A theoretical-empirical base for social System therapy », in Foulks, E.F., Wintrob, R.M., Westermeyer, J. & Favazza, A.R. (eds), *Current Perspectives in Cultural Psychiatry*, 213-253, New York, Spectrum.
- PATTISON, E.M. & HURD, G.S. (1984), « The social network paradigm as a basis for social intervention strategies », in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 145-185, New York, John Wiley & Sons.
- PATTON, M.Q. (1983), *Qualitative Évaluation methods*, Beverly Hills, Ca, Sage Publications.
- PAUL, G.L. & BERNSTEIN, D.A. (1973), *Anxiety and Clinical Problems. Systematic Desensitization and Related Techniques*, New York, General Learning Press.
- PAVLOV, I.P. (1941), *Conditioned Reflexes and Psychiatry*, New York, International Publishers.
- PEGORARO, L.F.L., SETZ, E.Z.F. & DALGALARRONDO, P. (2014), « Ethological approach to Autism Spectrum Disorders », *Evolutionary Psychology*, 12 (1), 223-244.
- PELICIER, Y. (1987), « Présentation de l'édition française », in Binswanger, L. (ed), *Mélancolie et manie. Études phénoménologiques*, Paris, PUF.
- PELLET, J., LANG, F. & DIGONNET, C. (1985), « DSM-III et troubles anxieux », in Pichot, P. (ed), *DSM-III et Psychiatrie française*, 91-98, Paris, Masson.
- PELLETIER, R., VAN GIJSEGHEM, H. & BEAUDRY, J. (1990), *Psychanalyse : Vision du monde ?* Montréal, Méridien.
- PELSSER, R. (1989), *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Boucherville, Gaétan Morin éditeur.
- PENNEBAKER, J.W. (2002), « Writing, social processes, and psychotherapy : From past to future », in Lepore, S.J. & Smith, J.M. (eds), *The writing cure : How expressive writing promotes health and emotional well-being*, 279-292, Washington, DC, American Psychological Association.
- PEREPA, P. (2014), « Cultural basis of social 'deficits' in autism spectrum disorders », *European Journal of Special Needs Education*, 29 (3), 313-326.
- PEREZ DE LOS COBOS, J.Z., LOPEZ-IBOR ALINO, J.J. & SAIZ RUIZ, J. (1984), « Correlatos biológicos del suicido y la agresividad en depresiones mayores (con melancolia) : 5-HIAA en LCR. DST y respuesta terapeutica a 5-HTP », Communication présentée au 1<sup>er</sup> Congress of the Spanish Society for Biological Psychiatry, Barcelone, 17-19 octobre.
- PERKINS, E.A. & BERKMAN, K.A. (2012). « Into the unknown : Aging with autism spectrum disorders », *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117 (6), 478-496.
- PERUCCI, R. (1974), *Circle of Madness. On Being Insane and Institutionalized in America*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- PETERSON, C. & SELIGMAN, M.E.P. (1984), « Causal explanations as a risk factor for depression : theory and evidence », *Psychological Review*, 91, 347-374.
- PETERSON, C, SEMMEL, A., VON BAEYER, C, ABRAMSON, L.Y., METALSKY, G. & SELIGMAN, M.E.P. (1982), « The attributional style questionnaire », *Cognitive Therapy and*



- Research*, 6, 287-299.
- PETRIE, K. & CHAMBERLAIN, K. (1983), « Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 485-487.
- PETROVA, M.K. (1945), Ob eksperimental'nykh fobliakh, Trudy Fiziologicheskikh Laboratorii Imeni I.P. Pavlova, 12, 5-32.
- PHELPS, K.W., McCAMMON, S.L., WUENSCH, K.L. & GOLDEN, J.A. (2009), « Enrichment, stress, and growth from parenting an individual with an autism spectrum disorder », *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34 (2), 133-141.
- PHILLIPS, L. (1968), *Human Adaptation and Its Failures*, New York, Academic Press.
- PHILLIPS, L., BROVERMAN, I.K. & ZIGLER, E. (1966), « Social competence and psychiatric diagnosis », *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 209-214.
- PHILLIPS, L., BROVERMAN, I.K. & ZIGLER, E. (1968), « Sphere dominance, role orientation, and diagnosis », *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 306-312.
- PHILLIPS, L. & RABINOVITCH, M.S. (1958), « Social role and patterns of symptomatic behaviors », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 57, 181-186.
- PHILLIPS, L. & ZIGLER, E. (1961), « Social competence : the action-thought parameter and vicariousness in normal and pathological behavior », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 137-146.
- PIAGET, J. (1970), *Le Structuralisme*, Paris, PUF (4<sup>e</sup> éd).
- PICHOT, P. (1981), Allocution. Symposium régional « Psychiatrie et culture », organisé par l'Association mondiale de Psychiatrie et la Société de Psychopathologie et d'Hygiène mentale de Dakar (Dakar, 6-9 avril), *Psychopathologie Africaine*, XXVII, n° 1-2-3, 11-15.
- PICHOT, P. (1985), Préface, in Pichot, P. (ed), *DSM-III et Psychiatrie française*, V-VI, Paris, Masson.
- PICHOT, P. (1987), « Classifications nosologiques et évaluation en psychiatrie biologique », in Mendlewicz, J. (ed), *Manuel de psychiatrie biologique*, 3-10, Paris, Masson.
- PICHOT, P. & GUELFY, J.D. (1985), « DSM-III devant la psychopathologie française », in Pichot, P. (ed), *DSM-III et psychiatrie française*, 1-6. Paris, Masson.
- PINE, F. & LEVINSON, D.J. (1961), « A sociopsychological conception of patienthood », *International Journal of Social Psychiatry*, 7, 106-122.
- PLUYMAEKERS, J. (ed) (1989), *Familles, institutions et approche systémique*, Paris, ESF.
- POPPER, K. (1973), *La logique de la découverte scientifique*, Paris, Payot.
- PORTERFIELD, A.L. & GOLDING, S.L. (1985), « Failure to find and effect of subliminal psychodynamic activation upon cognitive measures of pathology in schizophrenia », *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 630-639.
- POST, R.M., BALLENGER, J.C. & GOODWIN, F.K. (1980), « Cerebrospinal fluid studies of neurotransmitter function in manic and depressive illness », in Wood, J.H. (ed), *Neurobiology of Cerebrospinal Fluid*, 1, 685-717, New York, Plenum Press.
- POSTEL, J. & QUETEL, C. (eds) (1983), *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat.
- PRANGE, A.J. (Jr), WILSON, I.C., LYNN, C.W., ALLTOP, LB & STIKE-LEATHER, R.A. (1974), « L-tryptophan in mania : contribution to a permissive hypothesis of affective disorders »,

- Archives of general Psychiatry*, 30, 56-62.
- PRICE, R.H. (1978), *Abnormal Behavior. Perspectives in Conflict*, New York, Holt, Rinehart & Winston (2<sup>e</sup> éd).
- PRINCE, R. (1968), « The changing picture of depressive syndromes in Africa : Is it fact or diagnostic fashion ? », *Canadian Journal of African Studies*, 1, 177-192.
- PRINCE, R. & TCHENG-LAROCHE, F. (1987), « Culture-bound syndromes and international disease classifications », *Culture, Medicine & Psychiatry*, 11, 3-19.
- PROVOST, M.A. (1985), « Perspective historique de l'éthologie », in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds), *Ethologie et développement de l'enfant*, 29-40, Paris, Stock/Laurence Pernoud.
- PRUGH, D.G., STAUB, E.M., SANDS, H.H. KIRSCHBAUM, R.M. & LENIHAN, E.A. (1953), « A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness », *American Journal of Orthopsychiatry*, 23, 70-106.
- PULL, C.B. & BOYER, P. (1985), « Automatisation du *DSM-III* », in Pichot, P. (ed), *DSM-III et*
- QUADAGNO, J.S. & ANTONIO, R.J. (1975), « Labeling theory as an oversocialized conception of man : the case of mental illness », *Sociology and Social Research*, 60, 33-45.
- QUAY, H.C. & WERRY, J.S. (1986), *Psychopathological Disorders of Childhood*, New York, John Wiley & Sons (3<sup>e</sup> éd).
- RACHMAN, S. (1963), « Introduction to behaviour therapy » *Behaviour Research and Therapy* 1, 3-15.
- RASKIN, A. & GOLOB, R. (1966), « Occurrence of sex and social class differences in premorbid competence, symptom and outcome measures in acute schizophrenics », *Psychological Reports*, 18, 11-22.
- REBER, A.S. (1985), *The Penguin Dictionary of Psychology*, London, Penguin Books.
- REDLICH, F.C., HOLLINGSHEAD, A.B. ROBERTS, B.H., ROBINSON, H.A., FREEDMAN, L.Z. & MYERS, J.K. (1953), « Social structure and psychiatric disorders », *American Journal of Psychiatry*, 109, 729-734.
- REED, G. (1974), *The Psychology of Anomalous Experience*, Boston, Houghton Mifflin.
- REED, G. M., CORREIA, J., ESPARZA, P., SAXENA, S., & MAJ, M. (2011), « The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification », *World Psychiatry*, 10, 118-131.
- RENNIE, T.A.C. (1955), « Social psychiatry – a definition », *International Journal of Social Psychiatry*, 1, 5-13.
- RENTY, J.O. & ROEYERS, H. (2006), « Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder : The predictive value of disability and support characteristics », *Autism*, 10, 511-524.
- REUCHLIN, M. (1972), *Histoire de la psychologie*, Paris, PUF.
- REUCHLIN, M. (1972-1973), « Clinique et vérification », *Bulletin de Psychologie*, 26, 550-563.
- REUCHLIN, M. (1973), *Les Méthodes en psychologie*, Paris, PUF.
- REUCHLIN, M. (1981), *Psychologie*, Paris, PUF (4<sup>e</sup> éd).

- RHEINBERGER, M.B. & JASPER, H.H. (1937), « Electrical activity of the cerebral cortex in the unanesthetized cat », *American Journal of Physiology*, 119, 186-196.
- RICHELLE, M. (1973), *Le Conditionnement opérant. Une Introduction et un guide à la recherche de laboratoire*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé (2<sup>e</sup> éd).
- RICŒUR, P. (1965), *De l'interprétation, Essai sur Freud*, Paris, Le Seuil.
- RIDDLE, M.A. & CHO, S.C. (1989), « Elimination disorders », in American Psychiatric Association Task Force on Treatments of Psychiatric Disorders (ed), *Treatments of Psychiatric Disorders*, Volume 1, 717-730, Washington, American Psychiatric Association.
- RIESMAN, D. (1966), *La Foule solitaire. Anatomie de la société moderne*, Paris, Arthaud.
- RIN, H. (1965), « A study of the aetiology of koro in respect to the chinese concept of illness », *The International Journal of Social Psychology*, 11, 7-13.
- RISLEY, T.R. (1968), « The effects and side effects of punishing the autistic behaviors of a deviant child », *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 21-34.
- ROBERT, M. (1988), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, St-Hyacinthe, Qué., Edisem.
- ROBINS, L.N., HELZER, J.E., CROUGHAN, J. & RATCLIFF, K.S. (1981), « National Institute of Mental Health Diagnostic Schedule : Its history, characteristics, and validity », *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- ROBINSON, P.W. (1976), *Fundamentals of Experimental Psychology. A Comparative Approach*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- ROGERS, C.R. (1951), *Client-centered Therapy. Its Current Practice, Implications and Theory*, Boston, Houghton Mifflin.
- ROGERS, C.R. & DYMOND, R.F. (eds), *Psychotherapy and Personality Change. Co-ordinate Research Studies in the Client-centered Approach*, Chicago, University of Chicago Press.
- ROLF, J.E. (1972), « The social and academic competence of children vulnerable to schizophrenia and other behavior pathologies », *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 225-243.
- ROSEN, G. (1971) « History in the study of suicide », *Psychological Medicine*, 1, 267-285.
- ROSENHAN, D.L. (1973), « On being sane in insane places », *Science*, 179, 250-258.
- ROSENHAN, D.L. & SELIGMAN, M.E.P. (1989), *Abnormal Psychology*, New York, Norton (2<sup>e</sup> éd).
- ROSENTHAL, I.S. (1926), « Forme nouvelle de différenciation de l'excitant conditionné cutané mécanique », *Trudy Fiziologicheskikh Laboratorü imeni I.P. Pavlova*, 1, F.2,3.
- ROUANET, H. (1983), « Modèles en tous genres et pratiques statisticiennes », in Actes du Colloque : *Comprendre l'homme, construire des modèles, Les Modèles implicites et explicites en psychologie*, 55-64, Paris, Société Française de Psychologie.
- ROUAULT DE LA VIGNE, A. (1970), *Éléments de psychopathologie médico-sociale*, tome 1, *L'Adulte*, Paris, ESF.
- ROUAULT DE LA VIGNE, A. (1970), *Éléments de psychopathologie médico-sociale*, tome 2, *L'Enfant*, Paris, ESF.
- ROY-BYRNE, P., POST, R.M., RUBINOW, D.R., LINNOILA, M., SAVARD, R., & DAVIS, D. (1983), « CSF 5-HIAA and personal and family history of suicide in affectively ill patients : a negative study », *Psychiatry Research*, 10, 263-274.



- RUDI, R.R. & MCGAUGHRAN, L.S. (1961), « Differences in developmental experience, defensiveness, and personality organization between two classes of problem drinkers », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 659-665.
- RUSSELL, P.N. & BEEKHUIS, M.E. (1976), « Organization in memory : a comparison of psychotics and normals », *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 527-534.
- RUTTER, M., BAILEY, A., SIMONOFF, E. & PICKLES, A. (1997), « Genetic influences and autism », in Cohen, D.-J. & Volkmar, F.-R. (eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 370-387, New York, John Wiley & Sons.
- RUTTER, M. & GARMEZY, N. (1983), « Developmental psychopathology », in Hetherington, E.M. (ed.), *Handbook of Child Psychology*, Volume 4 : *Socialisation, Personality, and Social Development*, 775-911, New York, John Wiley & Sons.
- SABOURIN, M. (1988), « Méthodes d'acquisition des connaissances », in Robert, M. (ed), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, 37-58, St-Hyacinthe, Qué., Edisem (3<sup>e</sup> éd.).
- SACCUZZO, D.P. (1977), « Bridges between schizophrenia and gerontology : generalized or specific deficits », *Psychological Bulletin*, 84, 595-600.
- SACCUZZO, D.P. & BRAFF, D.L. (1981), « Early information processing deficit in schizophrenia : new findings using schizophrenic subgroups and manie Controls subjects », *Archives of General Psychiatry*, 38, 175-179.
- SACCUZZO, D.P., HIRT, M. & SPENCER, T.J. (1974), « Backward masking as a measure of attention in schizophrenia », *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 512-522.
- SACCUZZO, D.P. & SCHUBERT, D.L. (1981), « Backward masking as a measure of slow processing in schizophrenia spectrum disorders », *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 305-312.
- SAINSBURY, P. (1986), « Epidemiology of suicide », in Roy, A. (ed.), *Suicide*, 17-40, Baltimore, Williams and Wilkins.
- SAMITCA, D.C. (1982), « L'influence des facteurs socioculturels sur la demande en soins psychiatriques », *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 130, 159-177.
- SAMUEL-LAJEUNESSE, B. (1985), « DSM-III et psychiatrie française. Rapport de synthèse », in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 160-167, Paris, Masson.
- SANDERS, S.J., MURTHA, M.T., GUPTA, A.R., MURDOCH, J.D. *et al.* (2012), « De novo mutations revealed by whole-exome sequencing are strongly associated with autism », *Nature*, 485, 237-241.
- SANES, J & ZIGLER, E. (1971), « Premorbid social competence in schizophrenia », *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 140-144.
- SANTOSTEFANO, S. (1970), « Assessment of motives in children », *Psychological Reports*, 26, 639-649.
- SARASON, I.G. & SARASON, B.R. (1989), *Abnormal Psychology. The Problem of Maladaptive Behavior*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall (6<sup>e</sup> éd).
- SARTORIUS, N. (1973), « Culture and the epidemiology of depression », *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia*, 76, 479-487.

- SARTORIUS, N., DAVIDIAN, H., ERNBERG, G., FENTON, F.R., FUJII, I., GASTPAR, M., GULBINAT, W., JABLENSKY, A., KIELHOLZ, P., LEHMANN, H.E., NARAGHI, M., SHIMIZU, M., SHINFUKU, N. & TAKAHASHI, R. (1983), *Les Troubles dépressifs dans différents contextes culturels. Rapport de l'étude collective OMS sur l'évaluation normalisée des troubles dépressifs*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., ERNBERG, G., LEFF, J., KORTEN, A. & GULBINAT, W. (1987), « Course of schizophrenia in different countries : some results of a WHO international comparative 5-year follow-up study », in Häfner, H., Gattaz, W.F. & Janzarik, W. (eds), *Search for the Causes of Schizophrenia*, 107-113, Berlin, Springer-Verlag.
- SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., KORTEN, A., ERNBERG, G., ANKER, M., COOPER, J.E. & DAY, R. (1986), « Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO collaborative study on determinants of outcome of severe mental disorders », *Psychological Medicine*, 16, 909-928.
- SARTRE, J.-P. (1943). *L'Être et le Néant. Essai d'Ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard.
- SAUCIER, J.-F. (1990), « La psychanalyse est-elle une idéologie ou une science ? » in Pelletier, R., Van Gijsegheem, H. & Beaudry, J. (eds), *Psychanalyse : Vision du monde ?*, 23-26, Montréal, Méridien.
- SCHAEFER, J.A. & MOOS, R.H. (1972), « Life crisis and personal growth », in Carpenter, B.N. (ed.), *Personal coping : Theory, research, and application*, 149-170, New York, Praeger.
- SCHÄPPI, R. (1979), « Un psychiatre face à l'éthologie », *Archives de Psychologie*, 47, 61-84.
- SCHEFF, T. J. (1966), *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*, Chicago, Aldine.
- SCHEFF, T.J. (1979). « Reply to comment by Horwitz », *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 305-306.
- SCHNEIDER, E. (1999), *Discovering my autism : Apologia pro vita sua (with apologies to Cardinal Newman)*, London, Jessica Kingsley.
- SCHOPLER, E. (1994), « A statewide program for the Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (TEACCH) », *Psychoses and Pervasive Developmental Disorders*, 33, 91-103.
- SCHOPLER, E. & MESIBOV, G.B. (eds) (1987), *Neurobiological Issues in Autism*, New York, Plenum Press.
- Schubert, C.F., SCHMIDT, U., & ROSNER, R. (2016), « Posttraumatic growth in populations with posttraumatic stress disorder – A systematic review on growth-related psychological constructs and biological variables », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 469-486.
- SCHULSINGER, F., KETY, S.S., ROSENTHAL, D. & WENDER, P.H. (1979), « A family study of suicide », in Schou, M., Strömgen, E. (eds), *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders*, 277-287, London, Academic Press.
- SEDVALL, G., FYRO, B., GULLBERG, B., NYBACK, H., WIESEL, F.-A. & WODE-HELGODT, B. (1980), « Relationships in healthy volunteers between concentrations of monoamine metabolites in cerebrospinal fluid and family history of psychiatric morbidity », *British Journal of Psychiatry*, 136, 366-374.
- SEIFERT, J.A., DRAGUNS, J.G. & CAUDILL, W. (1971), « Role orientation, sphere dominance, and social competence as bases of psychiatric diagnosis in Japan : a replication and extension

- of american findings », *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 101-106.
- SELIGMAN, M.E.P. (1974), « Depression and learned helplessness », in Friedman, R.J. & Katz, M.M. (eds), *The Psychology of Depression : Comtemporary Theory and Research*, 83-125, New York, John Wiley & Sons.
- SELIGMAN, M.E.P. (1975), *Helplessness. On Depression, Development and Death*, San Francisco, W.H. Freeman.
- SELIGMAN, M.E.P., ABRAMSON, L.Y., SEMMEL, A. & VON BAEYER, C. (1979), « Depressive attributional style », *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- SELYE, H. (1936), « A syndrome produced by diverse nocuous agents », *Nature*, 138, 32.
- SELYE, H. (1962), *Le Stress de la vie. Le problème de l'adaptation*, Paris, Gallimard.
- SELYE, H. (1978), *The Stress of Life*, New York, McGraw-Hill.
- SERON, X., LAMBERT, J.-L. & VAN DER LINDEN, M. (1977), *La Modification du comportement. Théorie, pratique, éthique*, Bruxelles, Dessart et Mardaga.
- SHAPIRO, M.B. (1951), « An experimental approach to diagnostic psychological testing », *Journal of Mental Science*, 97, 748-764.
- SHEAN, G. (2002), « Some limitations of reductionistic models of mental disorders », *Psychologia : An International Journal of Psychology in the Orient*, 45 (2), 125-141.
- SHERRINGTON, R., BRYNJOLFSSON, J., PETURSSON, H., POTTER, M., DUDLESTON, K., BARRACLOUGH, B. WASMUTH, J. DOBBS, M. & GURLING, H. (1988), « Localization of a susceptibility locus for schizophrenia on chromosome 5 », *Nature*, 336, 164-167.
- SHEVRIN, H. & DICKMAN, S. (1980), « The psychological unconscious : a necessary assumption for all psychological theory ? » *American Psychologist*, 35, 421-434.
- SHIELDS, J. (1982), « Genetical studies of hysterical disorders », in Roy, A. (ed.), *Hysteria*, 41-56, Chichester, John Wiley & Sons.
- SHILKRET, C.J. & MASLING, J. (1981), « Oral dependence and dependent behavior », *Journal of Personality Assessment*, 45, 125-129.
- SHOBEN, E.J. (Jr.) (1949), « Psychotherapy as a problem in learning theory », *Psychological Bulletin*, 46, 366-392.
- SHORE, J.H., KINZIE, J.D., HAMPSON, J.L. & PATTISON, E.M. (1973), « Psychiatrie epidemiology of an Indian village », *Psychiatry*, 36, 70-81.
- SIEGLER, M. & OSMOND, H. (1974), *Models of Madness, Models of Medicine*, New York, Macmillan.
- SILVERMAN, L.H. (1980), « A comprehensive report of studies using the subliminal psychodynamic activation method ». *Psychological Research Bulletin*, 20, 1-22.
- SILVERMAN, L.H. (1983), « The subliminal psychodynamic activation method : Overview and comprehensive listing of studies », in Masting, J. (ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, Volume 1, 69-100, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.
- SILVERMAN, L.H. (1984), « Further comments on subliminal psychodynamic activation studies (revised) », manuscrit non publié (disponible au Department of Psychology, New York University, 6 Washington Place, New York, 10003).
- SILVERMAN, L.H. (1985), « Comments on three recent subliminal psychodynamic activation investigations », *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 640-643.

- SILVERMAN, L.H., BRONSTEIN, A. & MENDELSON, E. (1976), « The further use of the subliminal psychodynamic activation method for the experimental study of the clinical theory of psychoanalysis : on the specificity of the relationship between symptoms and unconscious conflicts », *Psychotherapy : Theory, Research & Practice*, 13, 2-16.
- SILVERMAN, L.H. & CANDELL, p. (1970), « On the relationship between aggressive activation, symbiotic merging, intactness of body boundaries, and manifest pathology in schizophrenics », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 150, 387-399.
- SILVERMAN, L.H., KLINGER, H., LUSTBADER, L., FARRELL, J. & MARTIN, A.D. (1972), « The effects of subliminal driver stimulation on the speech of stutterers », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 155, 14-21.
- SILVERMAN, L.H., KAWER J.S., WOLITZKY, C. & CORON, M. (1973), « An experimental study of aspects of the psychoanalytic theory of male homo-sexuality », *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 178-188.
- SILVERMAN, L.H., MARTIN, A., UNGARO, R. & MENDELSON, E. (1978), « Effect on subliminal stimulation of symbiotic fantasies on behavior modification treatment of obesity », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 432-441.
- SILVERMAN, L.H. & SPIRO, R.H. (1968), « The effects of subliminal, supraliminal and vocalized aggression on the ego functioning of schizophrenics », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 146, 50-61.
- SIMON, W. & GAGNON, J.H. (1976), « The anomie of affluence : a post-Mertonian conception », *American Journal of Sociology*, 82, 356-378.
- SIMONS, R.C. (1980), « The resolution of the latah paradox », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 195-206.
- SIMONS, R.C. (1987), « A feasible and timely enterprise : commentary on "Culture-bound syndromes and international disease classifications" by Raymond Prince and Françoise Tchengué-Laroche », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 21-28.
- SIMONS, R.C. & HUGUES, C.C. (1985), *The Culture-bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatry and Anthropological Interest*, Dordrecht, D. Reidel Publishing Company.
- SIMPSON, M.A. (ed.) (1980), *Psycholinguistics in Clinical Practice*, New York, Irvington.
- SIMS, A. (1988), *Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology*, Philadelphia, Pa., Baillière Tindall Publishers.
- SINGER, L. (1985), « DSM-III et recherche psychiatrique », in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et Psychiatrie française*, 81-90, Paris, Masson.
- SIOMOPOULOS, V. (1983), *The Structure of Psychopathological Experience*, New York, Brunner/Mazel.
- SIVADON, P. (1979), Préface, in Demaret, A., *Ethologie et psychiatrie. Valeur de survie et phylogenèse des maladies mentales*, 7-13, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- SKINNER, B.F. (1953), *Science and Human Behavior*, New York, MacMillan.
- SKINNER, B.F. (1971), *L'Analyse expérimentale du comportement. Un essai théorique*, Bruxelles, C. Dessart.
- SLATER, E. (1961), « Hysteria 311 », *Journal of Mental Science*, 107, 359-381.
- SLATER, E. (1965), « Diagnosis of "hysteria" », *British Medical Journal*, 1, 1395-1399.

- SLATER, E.T.O. & GLITHERO, E. (1965), « A follow-up of patients diagnosed as suffering from "hysteria" », *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 9-13.
- SMITH, M.A., CHETHIK, M. & ADELSON, E. (1969), « Differential assessments of "blindisms" », *American Journal of Orthopsychiatry*, 39, 807-817.
- SMITH, E.R. & MILLER, F.D. (1978), « Limits on perception of cognitive processes : a reply to Nisbett and Wilson », *Psychological Review*, 85, 355-362.
- SOLER, L. (2006), « Paradigme », in Mesure, S. & Savidan, P. (ed.), *Le dictionnaire des sciences humaines*, 843-847, Paris, Presses Universitaires de France.
- SOMMER, R. & WITHNEY G. (1961), « The chain of chronicity », *American Journal of Psychiatry*, 118, 111-117.
- SOUTHARD, E.E. (1917), « Alienists and psychiatrists : Notes on divisions and nomenclature of mental hygiene », *Mental Hygiene*, 1, 567-571.
- SPITZER, R.L. (1985), « Introduction », in American Psychiatric Association, *DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3-16, Paris, Masson (2<sup>e</sup> tirage).
- SPITZER, R.L. & FLEISS, J.L. (1974), « An re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis », *British Journal of Psychiatry*, 125, 341-347.
- SPITZER, R.L. & WILLIAMS, J.B.W. (1988), « Having a dream : a research strategy for DSM-IV », *Archives of General Psychiatry*, 45, 871-874.
- SPITZER, R.L. & WILLIAMS, J.B.W. (1989a), « Introduction », in American Psychiatric Association, *DSM-III-R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, XIX-XXX, Paris, Masson.
- SPITZER, R.L. & WILLIAMS, J.B.W. (1989b), « In reply » (letter to the editor), *Archives of General Psychiatry*, 46, 959-960.
- SRÖLE, L. & FISCHER, A.K. (1986), « Gender, generations, and well-being : the midtown Manhattan longitudinal study », in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, 223-237, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- SRÖLE, L., LANGNER, T.S., MICHAEL, S.T., OPLER, M.K. & RENNIE, T.A.C. (1962), *Mental Health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study*, New York, McGraw-Hill.
- SROUFE, L.A. & RUTTER, M. (1984), « The domain of developmental psychopathology », *Child Development*, 55, 17-29.
- STAATS, A.W. (1957), « Learning theory and "opposite speech" », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 268-269.
- STAATS, A.W. (1963), *Complex Human Behavior. A Systematic Extension of Learning Principles*, New York, Holt, Rinehart & Winston.
- STAATS, A.W. (ed.) (1964), *Human Learning. Studies Extending Conditioning Principles to Complex Behavior*, New York, Holt, Rinehart & Winston.
- STAATS, A.W. (1968), *Learning, Language, and Cognition. Theory, Research, and Method for the Study of Human Behavior and Its Development*, New York, Holt, Rinehart & Winston.
- STAATS, A.W. (1971), *Child Learning, Intelligence, and Personality. Principles of a Behavioral Interaction Approach*, New York, Harper & Row.



- STAATS, A.W. (1973), « Behavior analysis and token reinforcement in educational behavior modification and curriculum research », in Thoresen, C.E. (ed.), *Behavior modification in education, The Seventy-second Yearbook of the National Society for the Study of Education* part I, 195-229, Chicago, University of Chicago Press.
- STAATS, A.W. (1975), *Social Behaviorism*, Homewood, Ill., The Dorsey Press.
- STAATS, A.W. (1983), *Psychology's Crisis of Disunity. Philosophy and Method for a Unified Science*, New York, Praeger.
- STAATS, A.W. (1986), *Behaviorisme Social*, Brossard, Qué., Editions Behaviora.
- STAATS, A.W. (1991), « Unified positivism and unification psychology : Fad or new field ? », *American Psychologist*, 46, 899-912.
- STACHOWIAK, J. & BRIGGS, S.L. (1984), « Ecosystemic therapy : a treatment perspective », in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 7-23, New York, John Wiley & Sons.
- STAMATOIU, I. (1974), « Potentialul evocat », in Arseni, C. (ed.), *Investigatii paraclinice in afectiunile sistemului nervos. Metode electrofiziologice, ultrasonice si radioizotopice*, Bucuresti, Editura medicala.
- STENGEL, E. (1964), *Suicide and Attempted Suicide*, Middlesex, Penguin Books.
- STERN, D.B. (1977), « Handedness and the lateral distribution of conversion reactions », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 122-128.
- STERNBERG, R.J. & GRIGORENKO, E.L. (2001), « Unified psychology », *American Psychologist*, 56 (12), 1069-1079.
- STONEALL, L. & SCHMITT, R.L. (1984), « Lay persons' experience with mental illness », *Studies in Symbolic Interaction*, 5, 197-218.
- ST-ONGE, J.-C. (2013), « DSM : fiabilité et validité des diagnostics », *Revue québécoise de psychologie*, 35 (1), 207-227.
- STORMS, M.D. & NISBETT, R.E. (1970), « Insomnia and the attribution process », *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 319-328.
- STRAYER, F.F. & GAUTHIER, R. (1985), « Concepts et méthodes », in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds), *Ethologie et développement de l'enfant*, 41-57, Paris, Stock/Laurence Pernoud.
- SUGERMAN, A.A., REILLY, D. & ALBAHARY, R.S. (1965), « Social competence and essential-reactive distinction in alcoholism », *Archives of General Psychiatry*, 12, 552-556.
- SUINN, R.M. (1970), *Fundamentals of Behavior Pathology*, New York, John Wiley & Sons.
- SUN, X. & ALLISON, C. (2010), « A review of the prevalence of autism spectrum disorder in Asia », *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 156-167.
- SWAP, S. (1984), « Ecological approaches to working with families of disturbing children », in O'Connor, W.A. & Dubin, B. (eds), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 107-144, New York, John Wiley & Sons.
- SZAPOCZNIK, J., KURTINES, W., HERVIS, O. & SPENCER, F. (1984), « One person family therapy », in O'Connor, W.A. & Dubin, B. (eds), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 335-355, New York, John Wiley & Sons.
- SZASZ, T.S. (1975), *Le Mythe de la maladie mentale*, Paris, Payot.

- TANIA, M., KHAN, M.A. & XIA, K. (2014), « Recent advances in animal model experimentation in autism research », *Acta Neuropsychiatrica*, 26 (5), 264-71.
- TATOSSIAN, A. (1979), « Phénoménologie des psychoses », *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française* (LXXVII<sup>e</sup> session, Angers, 25 au 30 juin), Paris, Masson.
- TAYLOR, M.A. (1989), « The vote on DSM-IV » (letter to the editor), *Archives of General Psychiatry*, 46, 959.
- TEDESCHI, R. G. (1999), « Violence transformed : Posttraumatic growth in survivors and their societies », *Aggression and Violent Behavior*, 4, 319-341.
- TEDESCHI, R.G., & CALHOUN, L.G. (1995), *Trauma and transformation : Growing in the aftermath of suffering*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- TEDESCHI, R.G., & CALHOUN, L.G. (1996), « The posttraumatic growth inventory : Measuring the positive legacy of trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- TEDESCHI, R.G., CALHOUN, L.G., & GROLEAU, J.M. (2015), « Clinical applications of posttraumatic growth », in Joseph, S. (ed.), *Positive Psychology in Practice : Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education, and Everyday Life*, Second Edition, Chapter 30, 503-518, Hoboken, John Wiley & Sons Inc.
- TEDESCHI, R.G., CANN, A., TAKU, K., SENOL-DURAK, E., & CALHOUN, L.G. (2017), « The Posttraumatic Growth Inventory : A revision integrating existential and spiritual change », *Journal of Traumatic Stress*, 30, 11-18.
- THEODORSON, G.A. (ed.) (1961), *Studies in Human Ecology*, Evantson, Harper & Row.
- THINES, G. (1980), *Phénoménologie et science du comportement*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- THINES, G. & LEMPEREUR, A. (1975), *Dictionnaire général des sciences humaines*, Paris, Éditions Universitaires.
- THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1975), « Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research », in Chicago Institute for Psychoanalysis (ed.), *The Annual of Psychoanalysis*, vol. 3, 49-119, New York, International Universities Press.
- THORANE, F.C. (1976), « A new approach to psychopathology », *Journal of Clinical Psychology*, 32 (4), 751-761.
- THOREN, P., ÅSBERG, M., BERTILSSON, L., MELLSTRÖM, B., SJÖQVIST, F. & TRÄSKMAN, L. (1980), « Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder : II. Biochemical aspects », *Archives of General Psychiatry*, 37, 1289-1294.
- TINBERGEN, E.A. & TINBERGEN, N. (1972), *Early Childhood Autism. An Ethological Approach*, Berlin und Hamburg, Paul Parey.
- TINBERGEN, N. (1951), *The Study of Instinct*, London, Oxford University Press.
- TINBERGEN, N. (1952), « "Derived" activities : Their causation, biological significance, origin, and emancipation during evolution », *The Quarterly Review of Biology*, 27, 1-32.
- TINBERGEN, N. (1974), « Ethology and stress diseases », *Science*, 185, 20-27.
- TOGNAZZO, D. (1970), « Sui contenuti orali del Rorschach in un gruppo di alcoolisti », *Psichiatria Generale e Dell' Eta Evolutiva*, 8, 323-325.
- TOMICH, P. L., & HELGESON, V. S. (2004), « Is finding something good in the bad always good ? Benefit finding among women with breast cancer », *Health Psychology*, 23, 16-23.
- TORGERSEN, S. (1986), « Genetics of somatoform disorders », *Archives of General Psychiatry*,

43, 502-505.

- TORREY, E.F. (1979), *Schizophrenia and Civilisation*, New York, Aronson.
- TOUSIGNANT, M. & MURPHY, H.B.M. (1978), « Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 4-37715 A<sup>10</sup>, 33-36.
- TRÄSKMAN, L., ÅSBERG, M., BERTILSSON, L. & SJÖSTRAND, L. (1981), « Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior », *Archives of General Psychiatry*, 38, 631-636.
- TREMINE, T., LAUZEL, J.P., TUFFET, P., JONQUET, P. & ANGUERA, P. (1985), « DSM-III. L'agnosticisme : une religion ? » in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et Psychiatrie française*, 99-102, Paris, Masson.
- TRILLAT, E. (1986), *Histoire de l'hystérie*, Paris, Éditions Seghers.
- TRIMBLE, M. (1983), « Pseudoproblems : pseudoseizures », *British Journal of Hospital Medicine*, 29, 326-333.
- TSAI, L.Y. (2014), « Impact of DSM-5 on epidemiology of Autism spectrum disorder », *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 1454-1470.
- TROTTER, R.J. & MCCONNELL, J.V. (1980), *Psychologie. Science de l'homme*, Montréal, HRW.
- TSATSANIS, K.D. (2003), « Outcome research in Asperger syndrome and autism », *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 12 (1), 47-63.
- TSUANG, M.T. (1986), « Predictors of poor and good outcome in schizophrenia », in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, 195-203, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- TURVEY, M.T. (1973), « On peripheral and central processes in vision : inferences from an information-processing analysis of masking with patterned stimuli », *Psychological Review*, 80, 1-52.
- TYRER, P., HORN, S. & LEE, I. (1978), « Treatment of agoraphobia by subliminal and supraliminal exposure to phobic cine film », *Lancet*, 1, 358-360.
- VALZELLI, L. (1981), *Psychobiology of Agression and Violence*, New York, Raven Press.
- VAN BRERO, P.J.C. (1986), « Koro : eine eigenthümliche Zwangsvorstellung », *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 53, 569-573.
- VANEGAS, S.B. & DAVIDSON, D. (2015), « Investigating distinct and related contributions of Weak Central Coherence, Executive Dysfunction, and Systemizing theories to the cognitive profiles of children with Autism Spectrum Disorders and typically developing children », *Research in Autism Spectrum Disorders*, 11, 77-92.
- VAN GIJSEGHEN, H. (1990) « Peut-on vivre avec "moins" qu'une science ? », in Pelletier, R., Van Gijseghem, H. & Beaudry, J. (eds), *Psychoanalyse : Vision du monde ?*, 37-58, Montréal, Méridien.
- VAN PRAAG, H.M. (1977), « Significance of biochemical parameters in the diagnosis, treatment, and prevention of depressive disorders », *Biological Psychiatry*, 12, 101-131.
- VAN PRAAG, H.M. (1983), « CSF 5-HIAA and suicide in non-depressed schizophrenics », *Lancet*, 2, 977-978.
- VAN PRAAG, H.M. (1987), « Monoamines et dépression : conceptions actuelles », in Mendlewicz, J. (ed.), *Manuel de psychiatrie biologique*, 49-63, Paris, Masson.
- VAN PRAAG, H.M. & KORF, J. (1971), « Endogenous depressions with and without disturbances



- in the 5-hydroxytryptamine metabolism : a biochemical classification ? », *Psychopharmacologia*, 19, 148-152.
- VAN RILLAER, J. (1982), *Les Illusions de la psychanalyse*, Bruxelles, Pierre Mardaga (2<sup>e</sup> éd).
- VERNON, S.W. & ROBERTS, R.E. (1981), « Measuring nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology : further observations on the problem », *Archives of General Psychiatry*, 38, 1239-1247.
- VOLKMAR, F.R., PAUL, R., KLIN, A. & COHEN, D. (eds), (2005), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 3<sup>e</sup> ed. (vol. 1 et 2), Hoboken, John Wiley & Sons.
- VON BERTALANFFY, L. (1968), *General System Theory. Foundations, Development, Applications*, New York, George Braziller.
- VON DOMARUS, E. (1964), « The specific laws of logic in schizophrenia », in Kasanin, J.S. (ed.), *Language and Thought in Schizophrenia*, 104-114, New York, Norton.
- VON ECKARTSBERG, R. (1971), « On experiential methodology », in Giorgi, A., Fischer, W.F. & von Eckartsberg, R. (eds), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. I, 66-79, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- VON WRIGHT, J.M., ANDERSON, K. & STENMAN, U. (1975), « Generalization of conditioned GSRs in dichotic listening », in Rabbitt, P.M.A. & Dornic, S. (eds), *Attention and Performance V*, 194-204, London, Academic Press.
- VORSTMAN, J.A.S., SPOOREN, W., PERSICO, A.M. & COLLIER, D.A. *et al.* (2014), « Using genetic findings in autism for the development of new pharmaceutical compounds », *Psychopharmacology*, 231, 1063-1078.
- WADDINGTON, C.H. (1942), « The epigenotype », *Endeavor*, 1, 18-20 [reproduit, en 2012, dans *l'International Journal of Epidemiology*, 41, 10-13].
- WATSON, J.B. (1913), « Psychology as the behaviorist view it », *Psychological Review*, 20, 158-177.
- WATZLAWICK, P., JACKSON, D. & BEAVIN, J.H. (1972), *Une logique de la communication*, Paris, Éditions du Seuil.
- WECKOWICZ, T.E. (1984), *Models of Mental Illness. Systems and Theories of Abnormal Psychology*, Springfield, Ill., Charles C. Thomas.
- WEIGERT, E. (1949), « Existentialism and its relations to psychotherapy », *Psychiatry*, 12, 399-412.
- WEISS, M.J. (2002), « Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation », *Autism*, 6 (1), 115-130.
- WEISS, L. & MASLING, J. (1970), « Further validation of a Rorschach measure of oral imagery : a study of six clinical groups », *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 83-87.
- WERNER, H. (1937), « Process and achievement : a basic problem of education and developmental psychology », *Harvard Educational Review*, 7, 353, 368.
- WERNER, H. (1948), *Comparative Psychology of Mental Development*, New York, International Universities Press.
- WERNER, H. (1957), « The concept of development from a comparative and organismic point of view », in Harris, D.D. (ed.), *The Concept of Development. An Issue in the Study of Human Behavior*, 125-148, Minneapolis, University of Minnesota Press.

- WERNER, H. & KAPLAN B. (1963), *Symbol Formation. An Organismic-Developmental Approach to Language and the Expression of Thought*, New York, John Wiley & Sons.
- WESTERMEYER, J. (1973), « On the epidemicity of amok violence », *Archives of General Psychiatry*, 28, 873-876.
- WESTERMEYER, J. (1985), « Psychiatric diagnosis across cultural boundaries », *American Journal of Psychiatry*, 142, 798-805.
- WESTERMEYER, J. & ZIMMERMAN, R. (1981), « Lao folk diagnoses for mental disorder : comparison with psychiatric diagnosis and assessment with psychiatric rating scales », *Medical Anthropology*, 5, 425-443.
- WHITE, N.F. (ed.) (1974), *Ethology in Psychiatry*, Toronto, University of Toronto Press.
- WHITE, P. (1980), « Limitations on verbal reports of internal events : A refutation of Nisbett and Wilson and of Bem », *Psychological Review*, 87, 105-112.
- WHYTE, L.L. (1971), *L'Inconscient avant Freud*, Paris, Payot.
- WICKRAMASEKERA, I.E. (1988), *Clinical behavioural medicine : Some concepts and procedures*, New York, Plenum Press.
- WIDLÖCHER, D. (1984), Préface, in Marcelli, D. & Braconnier, A. *Psychopathologie de l'adolescent*, V-VIII, Paris, Masson.
- WIDLÖCHER, D. (1985), « DSM-III et psychanalyse », in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et Psychiatrie française*, 76-80, Paris, Masson.
- WIENER, N. (1948), *Cybernetics*, New York, John Wiley and Sons.
- WIENER, P. (1983), *Structure et processus dans la psychose*, Paris, PUF.
- WIENER, P. (1985), « DSM-III et nosographies d'inspiration psychosomatique », in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et Psychiatrie française*, 103-107, Paris, Masson.
- WILLERMAN, L. & COHEN, D.B. (1990), *Psychopathology*. New York, Mc Graw-Hill.
- WILLIAMS, D. (1992), *Si on me touche, je n'existe plus. Le témoignage exceptionnel d'une jeune autiste*, Paris, Robert Laffont.
- WILLIAMS, J.M.G., WATTS, F.N., MACLEOD, C. & MATHEWS, A. (1988), « Nonconscious processing », in Williams, J.M.G., Watts, F.N. MacLeod, C. & Mathews, A. (eds), *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*, Chichester, John Wiley & Sons.
- WILLIAMS, J.H.G., WHITEN, A., SUDDENDORF, T., PERRETT, D.I. (2001), « Imitation, mirror neurons and autism », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 25, 287-295.
- WING, J.K. (1976), « Mental health in urban environments », in Harrison, G.A. & Gibson, J.B. (eds), *Man in Urban Environments*, 304-318, London, Oxford University Press.
- WING, J.K., COOPER, J.E. & SARTORIUS, N. (1974), *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. An Instruction Manual for the PSE and Catego Program*, London, Cambridge University Press.
- WINTGENS, A. & HAYEZ, J.-Y. (2003), « Le vécu de la fratrie d'un enfant souffrant de handicap mental ou de troubles autistiques : résilience, adaptation ou santé mentale compromise », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 377-384.
- WITHLOCK, F.A. (1967), « The aetiology of hysteria », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43, 114-162.

- WITTKOWER, E.D. & FRIED, J. (1959), « A cross-cultural approach to mental health problems », *American Journal of Psychiatry*, 116, 423-428.
- WOHLWILL, J.F. (1970), « The age variable in psychological research », *Psychological Review*, 77, 49-64.
- WOLF, L.C., NOH, S., FISMAN, S.N. & SPEECHLEY, M. (1989), « Psychological effects of parenting stress on parents of autistic children », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 157-166.
- WOLMAN, B.B. (1989), *Dictionary of Behavioral Science*, San Diego, Ca, Academic Press (2<sup>e</sup> éd.).
- WOLPE, J. (1958), *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Standford, Ca, Standford University Press.
- WOLPE, J. (1969), *The Practice of Behavior Therapy*, New York, Pergamon Press.
- WOLPE, J. & LAZARUS, A.A. (1966), *Behavior Therapy Techniques. A Guide to the Treatment of Neuroses*, Oxford, Pergamon Press.
- WOOD, P.H. (1980), « The language of disablement : A glossary relating to disease and its consequences », *International Rehabilitation Medicine*, 2 (2), 86-92.
- YAP, P.M. (1952), « The latah reaction : Its pathodynamics and nosological position », *Journal of Mental Science*, 98, 515-564.
- YAP, P.M. (1969), « The culture-bound reactive syndromes », in Caudill, W. & Lin, T.Y. (eds), *Mental Health Research in Asia and the Pacific*, 33-53, Honolulu, East-West Center Press.
- YATES, A.J. (1958), « Symptoms and symptom substitution », *Psychological Review*, 65, 371-374.
- YATES, A.J. (1966), « Psychological deficit », *Annual Review of Psychology*, 17, 111-144.
- YORKE, C, WISEBERG, S. & FREEMAN, T. (1989), *Development and Psychopathology. Studies in Psychoanalytic Psychiatry*, New Haven, Ct, Yale University Press.
- ZAZZO, R. (1974), « L'attachement », in Anzieu, D., Bowlby, J., Chauvin, R., Duyckaerts, F., Harlow, H.H.F., Koupervnik, C. Lebovici, S., Lorenz, K., Malrieu, P., Spitz, R.A. Widlôcher, D. & Zazzo, R, *L'Attachement*, 20-54, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- ZAZZO, R. (1983), « Méfions-nous des modèles », in Actes du Colloque : *Comprendre les hommes, construire des modèles : Les Modèles implicites et explicites en psychologie*, 125-131, Paris, Société Française de Psychologie.
- ZECHOWY, A.C. (1969), « The influence on social class on the psycho-dynamics of obesity », Thèse de Doctorat non publiée, State University of New York à Buffalo.
- ZÉMPLENI, A. & RABAIN, J. (1965), « L'enfant nit ku bon : un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lébou », *Psychopathologie africaine*, 1 (3), 329-441.
- ZHANG, W., YAN, T.T., BARRIBALL, K.L., WHILE, A.E. & LIU, X.H. (2015), « Post-traumatic growth in mothers of children with autism : A phenomenological study », *Autism*, 19 (1) 29-37.
- ZIGLER, E. (1963) « Metatheoretical issues in developmental psychology », in Marx, M.H. (ed.), *Theories in Contemporary Psychology*, 341-369, New York, MacMillan.
- ZIGLER, E. (1969), « Developmental versus difference theories of mental retardation and the problem of motivation », *American Journal of Mental Deficiency*, 73, 536-556.
- ZIGLER, E. & GLICK, M. (1986), *A Developmental Approach to Adult Psychopathology*, New

York, John Wiley & Sons.

ZIGLER, E., GLICK, M. & MARSH, A. (1979), « Premorbid social competence and outcome among schizophrenic and nonschizophrenic patients », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 478-483.

ZIGLER, E. & PHILIPPS, L. (1960), « Social effectiveness and symptomatic behaviors », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 231-238.

ZIGLER, E. & PHILLIPS, L. (1961), « Case history data and psychiatric diagnosis », *Journal of Consulting Psychology*, 25, 458.

ZIGLER, E. & PHILLIPS, L. (1962), « Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 215-222.

ZUBIN, J. & SPRING, B. (1977), « Vulnerability – a new view of schizophrenia », *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.