

La psychanalyse et la neuropsychologie sont-elles compatibles ?

Are Psychoanalysis and Neuropsychology Compatible?

Barbara A. Wilson

Volume 41, numéro 2, 2012

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1061802ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1061802ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)

2371-6053 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Wilson, B. A. (2012). La psychanalyse et la neuropsychologie sont-elles compatibles ? *Revue de psychoéducation*, 41(2), 251–257.
<https://doi.org/10.7202/1061802ar>

Controverse

La psychanalyse et la neuropsychologie sont-elles compatibles¹?

Are Psychoanalysis and Neuropsychology Compatible?

B. A. Wilson²

J'ai commencé à avoir des doutes à propos de la psychanalyse durant ma formation clinique lors du stage que j'étais sur le point de terminer dans une unité psychiatrique pour adultes. Une femme angoissée et en colère y avait été amenée et pendant la visite quotidienne, son cas étant à l'étude, le psychiatre (analytique) déclara : « En réalité, ce qu'elle tente de faire, c'est d'émasculer son mari ». J'ai été choqué par cette déclaration qui semblait venir de nulle part et n'être basée sur aucune preuve. Je me demandais aussi comment il pouvait ou non prouver une hypothèse aussi fantaisiste. À mon avis, cette femme était simplement très malheureuse et nous devions trouver un traitement qui puisse alléger une partie de sa douleur.

Plus récemment, j'ai lu un ouvrage de Jules Evans intitulé « *Philosophy for Life and Other Dangerous Situations* », publié en 2012. Une critique en a été faite dans le *Sunday Observer* (Linklater 17-06-2012), dans laquelle on pouvait lire ce qui suit : « Le cognitivisme est devenu le système psychologique dominant à notre époque. Ses théories ont balayé la mythologie freudienne. Malgré le fait que les avant-gardistes du mouvement de la psychologie positive aient infiltré l'appareil militaire américain, la psychologie cognitive n'a curieusement eu que peu d'impact culturel ». Voilà qui va à l'encontre de la psychanalyse, laquelle est fermement ancrée dans notre compréhension culturelle. Je suggère toutefois qu'en matière de *traitement*, la thérapie cognitive (neuropsychologique) peut être efficace et que la simple réputation culturelle ne l'est pas.

La *psychanalyse* est la méthode de thérapie psychologique inventée par Sigmund Freud grâce à laquelle l'association libre, l'interprétation des rêves et l'analyse de la résistance et du transfert sont utilisées pour explorer les pulsions réprimées ou inconscientes, les anxiétés et les conflits internes afin de libérer l'énergie psychique en vue de relations affectives et professionnelles matures. En d'autres mots, la psychanalyse est la théorie de la personnalité développée par Freud, qui met l'accent sur la répression et les forces inconscientes, et comprend

1. Traduction de la communication présentée par Barbara A. Wilson au 30^e Congrès International de psychologie du 22 au 27 juillet 2012 à Cape town, Afrique du Sud.

2 The Oliver Zangwill Centre, The Princess of Wales Hospital. MRC Cognition and Brain Sciences Unit. Courriel : barbara.wilson@mrc-cbu.cam.ac.uk

les concepts de sexualité infantile, de résistance, de transfert et de la division de la conscience entre le ça, le moi et le surmoi (*American Heritage Dictionary*, repéré le 17-08-12). À l'inverse, la neuropsychologie est l'étude de la relation entre le cerveau et le comportement : elle se penche sur la façon dont le cerveau affecte le comportement, les émotions et la cognition. Ceux d'entre nous qui tentent de remédier à des problèmes causés par des dommages au cerveau, c'est-à-dire ceux qui œuvrent en réhabilitation neuropsychologique, s'engagent dans un processus où les personnes souffrant de lésions cérébrales travaillent avec du personnel professionnel et d'autres intervenants pour soulager ou pallier des déficits cognitifs, émotifs, psychosociaux ou comportementaux découlant d'une atteinte neurologique. Les survivants de telles atteintes au cerveau, qu'elles découlent de blessures, d'infections, d'atrophies ou de maladies, peuvent présenter certains des symptômes suivants : problèmes de motricité et de comportement, difficultés sensorielles, cognitives, sociales et émotives, douleur et fatigue. Je suis d'avis que toutes ces situations sont mieux traitées par un programme de *réhabilitation neuropsychologique*.

De nos jours, de nombreux programmes de réhabilitation préconisent l'approche holistique identifiée par Yehuda Ben-Yishay (1996) et George Prigatano (1999). Cette approche considère que séparer les conséquences cognitives des lésions cervicales et leurs conséquences émotionnelles, sociales et fonctionnelles est très limitatif, car ce que nous ressentons affecte notre façon de penser, de former nos souvenirs, de communiquer, de résoudre des problèmes et de nous comporter. Ces fonctions sont donc interreliées et difficiles à séparer; elles doivent aussi toutes être traitées en réhabilitation neuropsychologique qui, selon la définition donnée plus haut, n'est pas opposée aux conséquences émotionnelles des lésions cervicales, mais les intègre pleinement. Une large partie de notre travail en réhabilitation est de réduire les conséquences émotionnelles des lésions cervicales. Nous travaillons donc avec nos patients sur une base individuelle de même qu'en groupe (Wilson, Evans, Gracey, & Bateman, 2009). C'est la psychanalyse qui, pour moi, est difficile à justifier en réhabilitation avec son utilisation de l'association libre, de l'interprétation des rêves et de l'analyse qu'elle fait de la résistance et du transfert pour explorer les pulsions réprimées ou inconscientes, les anxiétés et les conflits internes afin, semble-t-il, de libérer l'énergie psychique et d'en arriver à des relations affectives et professionnelles matures.

Retournons un instant à l'ouvrage d'Evans (2012) dans lequel il déclare : « Notre culture fait largement confiance à la psychanalyse et nombre de psychologues (sic – voulait-il dire 'nombre de psychiatres' ?) vouent une admiration sans borne à Sigmund Freud, son fondateur. Mais le dogme freudien voulant que toutes les névroses résident dans un traumatisme sexuel survenu dans l'enfance (qu'il soit réel ou imaginé) n'était pas seulement faux – il a aussi causé beaucoup de dommages, notamment dans plusieurs instances où des analystes ont réussi à implanter de faux souvenirs d'agressions sexuelles chez leurs patients » (Evans 2012, p. 151). Loftus (1996) a prouvé à quel point il était facile d'établir de faux souvenirs chez bon nombre de participants.

Si l'on pense à certains exemples de patients ayant subi un AVC et traités en psychanalyse, on voit à quel point certaines interprétations psychanalytiques

sont étranges. Dans un article publié en 1995, Solms fait état d'une patiente ayant subi un AVC à l'hémisphère droit avec hémiparésie (incapacité d'identifier, de répondre ou de s'orienter en présence de stimuli sur un côté de l'espace) et hémiparésie du côté gauche. Ces patients ne sont pas conscients de leurs difficultés ou y sont indifférents. Toutefois, la patiente était dépressive et disait détester son bras gauche. Bref, selon Solms, puisque son attachement à son propre corps avait nécessairement été narcissique, son attitude face à ces objets perdus introjectés était nécessairement ambivalente. Cette partie de son moi qu'elle aimait tant et qu'elle avait toujours crue sous son contrôle omnipotent s'était soudainement et en fin de compte, révélée être une réalité externe. Mais plus encore, c'était un objet de réalité non fiable, un objet qu'elle aimait et dont elle avait besoin, mais qui l'avait quand même abandonnée. Son leitmotiv récurrent sous le thème « tout le monde me hait » était en fait la projection d'une situation interne où une partie précédemment saine et indépendante de sa personne devenait haïe par une partie d'elle-même devenue dépendante et infirme. Sa haine de cette image introjectée de son identité perdue pouvait être traitée par analyse jusqu'à ses origines, dans son enfance, à son identification à sa mère, c'est-à-dire qu'elle pouvait être identifiée jusqu'à son identification avec la femme de qui elle avait été dépendante pendant si longtemps durant son enfance (Solms, 1995).

Comment Solms sait-il que cette explication est véridique ? S'il avait tort, comment pourrait-il s'en apercevoir ? Quelles autres explications pourrait-il y avoir pour sa haine envers son bras gauche ? Pourquoi cette haine doit-elle être retracée jusque dans son enfance ? Beck (1997) était d'avis que ce sont les pensées conscientes plutôt que celles qui sont inconscientes qui causent la dépression. La patiente de Solms était peut-être déprimée parce qu'elle avait perdu l'usage de son bras ou qu'elle éprouvait des difficultés cognitives qui faisaient qu'elle ne pouvait pas fonctionner aussi bien qu'auparavant.

Evans (2012) avait aussi souffert de dépression. Selon lui, « Mon anxiété sociale et ma dépression n'avaient pas été causées par des instincts libidineux réprimés, comme les psychanalystes voudraient bien avancer; ce n'était pas non plus un trouble neurologique qui ne pouvait être corrigé que par des médicaments, comme des psychiatres voudraient le faire croire. Elles avaient plutôt été causées par mes croyances » (Evans, 2012, p. 4).

Kaplan-Solms et Solms (2000) décrivent un autre patient ayant souffert d'un AVC à l'hémisphère droit. Il était furieux contre le personnel médical qui le traitait et voulait faire amputer son bras. Les auteurs suggèrent que l'attitude inconsciente du patient semblait être « si vous ne me donnez pas le sein maintenant, immédiatement – exactement quand, où et de la façon dont je le souhaite – je me mordrai la langue et la bouche et je mordrai le sein et j'en recracherai tous les morceaux, et cela vous donnera une leçon ». Mais POURQUOI une telle interprétation ? Le patient souffrait peut-être d'un délire ou d'une forme étrange de déni ou de confabulation ? Comment prouver ou non une telle interprétation ?

Les mêmes auteurs décrivent un autre patient, identifié comme Patient G, un courtier en finance ayant subi des dommages au lobe frontal à la suite d'une rupture d'anévrisme à l'artère communicante antérieure. La confabulation est assez

fréquente chez de tels patients. La confusion mentale observée chez le Patient G était interprétée comme un symbolisme inconscient où les matières fécales représentaient l'argent et les pertes en transactions financières représentaient l'incontinence. Donc « J'ai souillé ma réputation par mes transactions financières ratées » équivalait à « J'ai souillé mon pantalon »! N'est-il pas possible qu'une explication plus pragmatique ait été suffisante pour expliquer la confusion mentale que présentait cet homme ? Et je me demande quel type de réhabilitation lui a été offert pour traiter ses lésions cervicales. Quelles étapes furent entreprises pour réhabiliter certains des problèmes auxquels il faisait face quotidiennement ? N'avait-il pas besoin d'un programme neuropsychologique de type étape par étape pour surmonter, atténuer ou contourner certains de ses problèmes afin qu'il puisse mieux gérer sa vie ? De telles interprétations des problèmes vécus par cet homme, qu'il est impossible de prouver ou non, n'offrent en elles-mêmes aucune réhabilitation pour les conséquences cognitives de ses lésions cervicales. Que prévoit faire la psychanalyse pour ces patients ? Et qu'en est-il de leur état de santé à long terme ?

À l'inverse, voyons deux patientes présentant des troubles émotifs, en consultation pour réhabilitation neuropsychologique où la psychanalyse ne fut ni utilisée, ni requise. À 26 ans, Kate, la première, souffrait d'encéphalomyélite aiguë disséminée. Elle avait été dans un état végétatif/de conscience minimale pendant environ 5 mois; elle présentait une invalidité physique sévère, était en fauteuil roulant et nourrie à la sonde. Parce qu'elle souffrait de dysarthrie sévère, elle communiquait en pointant des lettres sur un tableau pour épeler des mots. Après avoir repris connaissance, Kate était repliée sur elle-même et déprimée. Elle avait tendance à crier, particulièrement durant les sessions de physiothérapie, et avait déjà mordu des gens. Deux ans plus tard, elle fut référée pour une évaluation neuropsychologique où l'on a découvert que sa fonction cognitive était intacte (Wilson, Shiel, McLellan, Horn, & Watson, 2001). Elle fut ensuite vue régulièrement pour l'aider à surmonter les conséquences émotionnelles de sa maladie (MacNiven, Poz, Bainbridge, Gracey, & Wilson, 2003) qui étaient considérables. Kate avait été une femme intelligente et aimable; elle détenait un bon diplôme de premier cycle, un brevet d'enseignement et un emploi; elle avait un petit ami qu'elle espérait épouser. Tout ceci changea après sa maladie : ses relations, son emploi, son existence sociale et son identité avaient tous été affectés. Il n'était pas surprenant qu'elle soit déprimée, furieuse et anxieuse. Ce pouvait être une tentative de communiquer sa peur et sa douleur. Ses problèmes de communication et le fait qu'elle doive utiliser un tableau lettré pour communiquer étaient une source de frustration tant pour elle que pour ses soignants puisque les malentendus étaient fréquents. Quand nous l'avons rencontrée, le thème qui dominait ses conversations était sa colère face à la manière dont elle avait été traitée. Cette colère était parfois dirigée vers ses parents, ses soignants ou elle-même.

Selon notre évaluation, c'était un peu comme si Kate était restée emprisonnée dans le traumatisme qu'elle avait subi, accablée par sa perte de normalité. Des facteurs environnementaux (sa dépendance aux traitements prodigués de ses soignants) et internes (ses cycles de pensées négatives) gardaient son attention fixée sur le passé et sur ce qu'elle avait perdu. Son estime de soi était faible et elle épelait souvent des commentaires du genre : « Je suis stupide et inutile. » Différentes méthodes thérapeutiques furent utilisées, y compris la thérapie

cognitivo-comportementale, la thérapie de la construction personnelle et la gestion du comportement. Voici les effets notés de son état de santé : tout d'abord, une réduction dans la fréquence des rappels de mauvaises expériences passées à l'hôpital; puis, une meilleure compréhension entre Kate et son entourage; enfin, davantage de références personnelles à une meilleure estime de soi. De plus, Kate a confirmé ses nouvelles croyances en mentionnant être d'avis que sa qualité de vie s'était améliorée. Finalement, elle est devenue plus indépendante, car elle pouvait utiliser son fauteuil électrique pour aller seule au bureau de poste, à la bibliothèque et au guichet automatique. Dans un de ses messages informatisés, elle a déclaré : « Je voulais mourir et maintenant j'ai l'impression que j'ai retrouvé le goût de vivre ».

La deuxième patiente se prénomait Caroline (Evans & Williams, 2009). À 19 ans, elle avait été attaquée dans un train par un homme qui l'avait poignardée. Le couteau avait pénétré le lobe pariétal droit de son cerveau, endommageant son hémisphère droit. Elle n'avait pas perdu connaissance et décrivait ainsi l'agression dont elle avait été victime : « ... il y avait beaucoup de monde dans le train. Puis ils sont descendus et je me suis retrouvée seule. J'étais plongée dans mon livre... j'ai vu un homme passer... il m'a souri et est entré dans le wagon suivant. Puis il est revenu deux minutes plus tard... (et il m'a dépassée). Après 30 secondes, j'ai ressenti une douleur à la tête et un énorme poids, comme si le wagon m'avait écrasée. Je me suis levée et j'ai réalisé qu'il s'était passé quelque chose de terrible... je suis allée dans le wagon suivant... un autre homme m'a dit de m'asseoir et qu'il irait chercher de l'aide. Il m'a dit de ne pas bouger. J'ai levé ma main et j'ai senti le couteau. Je lui ai demandé si j'avais été poignardée, si j'allais mourir. Il a dit non, et a ajouté qu'il allait chercher de l'aide. À l'arrêt suivant, les ambulanciers étaient sur place et ils m'ont amenée à l'hôpital ».

Caroline fut dirigée vers notre service de réhabilitation environ neuf mois après son agression. Elle souffrait de problèmes cognitifs et émotionnels. Ses difficultés cognitives se présentaient du point de vue de la mémoire et de la perception visuelle et spatiale. Côté émotionnel, elle présentait de l'évitement, de la dépression et de l'anxiété. Elle évitait tout contact visuel, souffrait du symptôme de stress post-traumatique avec cauchemars et de *flashbacks*. Elle craignait pour sa famille et refusait d'utiliser le transport collectif. Comme tous les patients du centre, elle suivait à la fois une thérapie de groupe et une thérapie individuelle. Elle bénéficiait aussi d'un soutien psychologique individuel, et on lui a enseigné à utiliser un système de mémoire et un système d'engagement graduel dans ses activités, ce qui lui a permis d'atteindre ses objectifs et de participer à la vie de tous les jours. Caroline a obtenu de bons résultats au centre; elle a appris à regarder les gens dans les yeux, à sourire, et à utiliser le transport collectif; elle est retournée aux études et mène aujourd'hui une vie digne de ce nom.

Kate et Caroline se sont améliorées parce que nous avons utilisé des modèles et des théories puisées à même la psychologie cognitive et la neuropsychologie. Nous n'avons pas eu recours à des seins ou à une sexualité infantile ou à l'inconscient. La science exige qu'on présente une hypothèse et qu'on tente ensuite de la prouver ou non. Comme le signalait Baddeley (communication personnelle), « Une bonne théorie nous apprend à douter ». Nous devons aussi reconnaître quand nous avons tort et nous devons bousculer les théories afin de

faire avancer la science. Prenons, par exemple, le modèle de la mémoire de travail (Baddeley & Hitch, 1974). Ce modèle a résisté à l'épreuve du temps même s'il a été adapté et modifié (voir Baddeley & Wilson, 2002). Nous pouvons mettre à l'essai ses diverses composantes, trouver des doubles dissociations, et prouver si nos hypothèses sont vraies ou non. En réhabilitation neuropsychologique, nous devons nous appuyer sur une série de théories, de modèles et de cadres de référence, sinon nous risquons de tomber dans de mauvaises pratiques cliniques. Nous devons nous référer à des modèles et à des théories cognitives en matière de fonctionnement, d'apprentissage, d'émotions, d'évaluation, de récupération et de plasticité, de même qu'à des modèles holistiques et autres. J'ai tenté de rassembler tous les modèles pertinents dans un article intitulé « *Towards a Comprehensive Model of Cognitive Rehabilitation* » (Wilson, 2002). Un des objectifs de ce modèle était de démontrer la complexité de la réhabilitation et le fait qu'aucune théorie ou aucun modèle, pris séparément, ne seraient suffisants pour traiter les complexités auxquelles doivent faire face les personnes qui survivent à des lésions cervicales.

En psychanalyse, les modèles sont très limités; ils sont difficiles à tester et à modifier. Il existe aussi un déséquilibre des pouvoirs. Ainsi, si un patient n'est pas d'accord avec son thérapeute, on lui dira probablement qu'il est en situation de déni. À l'inverse, en réhabilitation neuropsychologique, on mettra l'accent sur la possibilité, pour le patient, de se prendre en main. En psychanalyse, le langage employé peut être punitif (par exemple, la femme accusée d'avoir tenté « d'émasculer » son mari); il se base sur la psychopathologie plutôt que sur la psychologie positive ou le bien-être. En réhabilitation neuropsychologique, nous tentons plutôt de démontrer au patient ou à la patiente qu'ils ont des ressources où puiser des forces malgré ce qui leur est arrivé.

En conclusion, je crois que la psychanalyse et la neuropsychologie ne sont pas compatibles pour les raisons suivantes :

1. La méthode scientifique est absente en psychanalyse – comment peut-on en prouver ou non les interprétations ?
2. Il n'est nullement nécessaire de recourir aux pensées inconscientes pour expliquer la détresse ou les perturbations psychologiques des personnes présentant des déficiences neurologiques.
3. La psychanalyse risque d'établir de faux souvenirs.
4. En psychanalyse, il existe un déséquilibre des pouvoirs plutôt qu'un partenariat entre les patients, leurs familles et le personnel, comme celui qu'on retrouve en réhabilitation neuropsychologique.
5. La psychanalyse se base sur la psychopathologie alors que les patients vus en neuropsychologie ont des difficultés émotionnelles causées par leurs lésions cervicales et non par une quelconque relation dans leur enfance, ou par suite de processus inconscients ou réprimés.

Références

- American Heritage dictionary. Repéré le 17/08/12.
- Baddeley A.D., & Hitch G. (1974). Working Memory. In G.H.Bower (Ed.), *The Psychology of learning and motivation* (Volume 8, p. 47-89). New York, NY: Academic Press.
- Baddeley, A.D., & Wilson, B.A. (2002). Prose recall and amnesia: Implications for the structure of working memory. *Neuropsychologia*, 40, 1737-1743.
- Beck, A. (1997). The past and the future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6 (4), 276-284.
- Ben-Yishay, Y. (1996). Reflections on the evolution of the therapeutic milieu concept. Historical aspects of neuropsychological rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 6, 327-343.
- Evans J. J., & Williams, W.H. (2009). Caroline: Treating post traumatic stress disorder after traumatic brain injury. Dans B.A. Wilson, J.J. Evans, F. Gracey, & A. Bateman (dir.), *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcomes* (p. 227-236) Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Evans, J. (2012). *Philosophy for life and other dangerous situations*. London, UK: Random House Group.
- Kaplan-Solms, K., & Solms M. (2000). *Clinical studies in neuropsychanalysis*. London, UK Karnac Books.
- Loftus, E. F. (1996). *Eyewitness testimony*. Revised edition. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MacNiven, J.A., Poz, R., Bainbridge, K., Gracey, F., & Wilson, B.A. (2003). Case study: Emotional adjustment following cognitive recovery from 'persistent vegetative state': Psychological and personal perspectives. *Brain Injury*, 17 (6), 525-533.
- Prigatano, G.P. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Solms M. (1995). Is the brain more real than the mind? *Psychoanalytic Psychotherapy* 9, 107-120.
- Wilson, B.A. (2002). Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 12, 97-110.
- Wilson B.A., Evans J.J., Gracey F., & Bateman A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcomes* Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilson, B.A., Shiel, A., McLellan, L., Horn, S., & Watson, M.A. (2001). Monitoring recovery of cognitive function following severe traumatic brain injury. *Brain Impairment*, 2, 22-28