



HAL
open science

Affections psychosomatiques du cerveau : histoire d'un concept heuristique

Georgios (Yorgos) Dimitriadis

► **To cite this version:**

Georgios (Yorgos) Dimitriadis. Affections psychosomatiques du cerveau : histoire d'un concept heuristique. PSN - psychiatrie, sciences humaines, neurosciences, 2012, nouvelle série octobre 2012, 10 (1), pp.63-76. hal-01476973

HAL Id: hal-01476973

<https://hal.science/hal-01476973>

Submitted on 26 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Affections psychosomatiques du cerveau : histoire d'un concept
heuristique

YORGOS DIMITRIADIS

DANS L'ANTIQUITE

Owsei Temkin [27] a soutenu que la coupure radicale entre corps et âme était étrangère aux médecins anciens et qu'ils n'ont pas eu à construire laborieusement, comme nous, un pont de médecine psychosomatique. Jackie Pigeaud [23, p.45-46] y a objecté qu'il est un peu naïf de s'étonner de la grande « pré-science » des Anciens, quand ils remarquent les liens entre le sentiment et son effet physique. Même Asclépiade, dit-il, qui croit que l'âme n'est autre chose que l'union de tous les sens et qui est un moniste, met dans les origines possibles de la phrénitis, le bouleversement par une colère immense, une trop grande terreur, l'oppression d'une tristesse. Pour Asclépiade, donc, ces affects avaient un lien causal avec la maladie mentale. Et alors, contrairement à ce qu'affirme Temkin, Pigeaud [23, p.47] soutient que la relation de l'âme et du corps est un problème de la médecine ancienne et qu'il a été posé par l'affectivité et la définition du champ épistémologique du médecin. Les passions étaient liées par ailleurs aux humeurs dont la doctrine complète a été constituée par Hippocrate et maintenue depuis, quasiment inchangée, pendant presque deux millénaires. Nous rappelons que selon cette doctrine (qu'on a appelé humorale) les

substances fluides, au nombre de quatre, sont : la pituite, le sang, la bile jaune et la bile noir. Dans *La nature de l'homme* Hippocrate [17, p.33-69] disait que chaque humeur n'est qu'un mélange – *κράσις* – des qualités opposées des quatre éléments: chaud-froid, humide-sec. Le sang est chaud et humide, la pituite froide et humide, la bile jaune chaude et sèche, la bile noire froide et sèche. C'est donc l'accouplement de contraires – *ἐναντίωσις* – qui donne forme – *εἶδος* – aux humeurs. La manie, la mélancolie, la frénésie, la vésanie sont décrites dans son *Corpus Hippocraticum*. Comme Hanna Kamieniecki [19, p.13] le rappelle Hippocrate assigne au cerveau un rôle essentiel dans l'organisation de la personnalité. Quelque chose s'y passe quand nous sommes fous, délirants, ou, possédés par des craintes, et des idées délirantes s'ensuivent. Les maladies mentales sont produites par un déséquilibre – *δυσκρασία* – des humeurs du cerveau sous l'effet des passions.

Pour Platon, (dans *Timée* surtout [24, p.448]), les maladies mentales naissent de la prévalence ou de la déficience antinaturelle – *ἀντί φύσιν* – de ces éléments ou encore de ce qu'ils viennent à quitter leur propre place pour en occuper une autre qui leur est étrangère. Pour Platon, l'âme est tripartite, désincarnée et cependant localisée. L'âme concupiscible (*ἐπιθυμία*) a son siège dans le foie, l'âme irascible (*θυμός*) dans le cœur et l'âme rationnelle (*λογιστικόν*) dans le cerveau. Toutes les trois sont soumises à l'action des passions et des humeurs. La folie apparaît quand l'âme

rationnelle ne contrôle plus les deux autres. Platon reconnaît tout de même l'existence d'une folie qui n'a pas d'origine corporelle mais divine (la maladie sacrée, c'est à dire l'épilepsie). Selon Kamieniecki encore [19, p.14], nous devons à Galien la notion de maladie par lésion sympathique, mais il reconnaît aussi des maladies par atteinte directe du cerveau, leur cause étant due à l'action des passions sur l'humeur du cerveau. Il a construit, par ailleurs, une théorie psycho-humorale des tempéraments à partir de la doctrine des quatre humeurs qu'il emprunte à Hippocrate. D'après cette théorie, bien connue, qui va perdurer pendant tant de siècles, les individus se partagent en types psychologiques différents selon l'une des quatre humeurs qui prédomine chez eux.

AU 17^{EME} ET 18^{EME} SIECLE

Selon Fernando Vidal [28], progressivement va se former la figure anthropologique du « sujet cérébral » et que dans un premier temps aux XVII^e et XVIII^e siècle, alors que la théorie humorale perd son importance, les nerfs, conçus comme des fibres solides et élastiques ou comme des tubes creux, deviennent les intermédiaires entre l'âme et le corps. Leur hypothétique point de convergence à l'intérieur du cerveau est souvent considéré comme « siège de l'âme », c'est-à-dire non un lieu se trouvait matériellement, mais l'organe où de elle interagit avec le corps. C'était le cas pour la

glande pinéale de Descartes (1596-1650). Contrairement à Descartes, l'anatomiste et médecin Thomas Willis (1621-1675) a postulé la localisation distribuée des facultés de l'âme et, selon Vidal [28], ces deux modèles s'affrontent tout au long du XVIII^e siècle. Vidal note, dans le même article que, pour des raisons en rapport avec le dogme chrétien (et plus précisément les questions de l'incarnation et de la résurrection), l'idée s'est imposée progressivement que la personne ne pouvait se concevoir sans corps entier et l'identité personnelle sans identité corporelle. Cette anthropologie, dit-il, a pourtant été mise en cause vers la fin du XVII^e siècle. On observe alors une désincarnation relative de la notion de personne, une psychologisation de l'identité personnelle et une focalisation croissante du corps sur le cerveau. Dans la deuxième édition de son *Essai concernant l'entendement humain*, en 1694, John Locke [20] distingue l'homme de la personne, et définit l'identité de celle-ci comme une continuité de conscience et de mémoire. Selon Locke l'âme d'un prince dans le corps d'un savetier ferait la même personne que le prince, alors que l'homme serait différent. Dans une telle conception du moi ou de la personne (synonymes chez Locke), écrit Vidal [28], on ne dira plus que nous sommes un corps mais que nous en avons un. Toujours selon Vidal [28]:

« Deux des plus importants penseurs psychologiques des Lumières, l'Écossais David Hartley (1705-1757) et le Genevois Charles

Bonnet (1720-1793), sont des chrétiens convaincus. Or, précisément parce qu'ils adhèrent à la définition de l'être humain comme composé d'âme et de corps, et qu'ils cherchent à comprendre le fonctionnement mental, ils mettent l'accent sur le rôle du cerveau et des nerfs comme siège de l'âme et comme lien entre les deux substances [...]. La cérébralisation ou neurologisation du psychisme, passablement avancée dans les psychologies des Lumières, ne découle donc pas des connaissances sur la fonction et la structure du cerveau, mais du tournant qui le précède, vers une anthropologie de la cérébralité [...]. Ce qui importe désormais, c'est l'union de l'âme et du cerveau. [...]. Se passant de plus en plus du concept d'âme, cette vision de l'être humain et de la place du cerveau se renforce considérablement au XIX^e siècle. La phrénologie est l'exemple le plus connu ».

AU 19^{EME} SIECLE

Le neurobiologiste Jean-Didier Vincent [29, p.40-41], auteur d'un ouvrage sur les passions, note que :

« Les humeurs ont ainsi régné pendant des siècles, offrant un support métaphorique irremplaçable à la circulation des passions. Elles sont ensuite asséchées lorsque l'imaginaire s'est déplacé vers les lieux élevés où l'âme pouvait se doré tranquillement au soleil de l'esprit. La crainte du péché, même lavé par l'eau du baptême, tenait

maintenant l'âme à l'écart des régions humides où proliféraient d'incontrôlables appétits. [...]. Placées entre l'âme immatérielle et le cerveau machine, les passions étaient désormais coupées des humeurs ».

Mais les traces de cette doctrine humorale si persistante ne se sont effacées que très lentement. Elles sont encore visibles chez François Broussais pour qui, dans son *De l'irritation et de la folie* [5, p.204], édité en 1828, les passions ont pour effet d'appeler le sang au cerveau et d'activer l'innervation, d'où résulte l'excitation simultanée du cœur, des poumons, de l'estomac, dont le foie partage les érections vitales, des organes génito-urinaires, et même de tout l'appareil locomoteur. Pinel, comme Paul Bercherie [4, p.28] le rappelle, considérait l'aliénation mentale comme une maladie au sens des maladies organiques, un trouble des fonctions intellectuelles, c'est-à-dire des fonctions supérieures du système nerveux. C'est pourquoi il l'a rangée dans la classe des névroses, c'est-à-dire des affections du système nerveux sans inflammation ni lésion de structure, et qui n'entrent pas, de ce fait, dans la classe des phlegmasies ni dans celles des hémorragies ou des lésions organiques ; ce sont aussi des affections sans fièvre. Pinel considérait que l'aliénation mentale avait pour causes, en dehors des lésions, des affections touchant d'autres organes (causes sympathiques), l'hérédité et des causes morales, qu'il considérait comme les plus nombreuses et les plus importantes parmi ces

causes. Les causes morales agissaient sur l'état des viscères et les grandes fonctions et, de cette manière, par voie sympathique, sur le cerveau. Les causes ne sont pas par ailleurs spécifiques à un certain type d'aliénation et les divers types d'aliénations peuvent s'alterner chez le même individu, exception faite de l'idiotisme congénital.

Donc, sans que le problème soit encore bien explicité, Pinel a commencé le travail de partition entre les folies symptomatiques et les folies idiopathiques ou essentielles. Les principes de Pinel seront repris par ses successeurs Esquirol puis Georget. Esquirol sera plus fin que Pinel en distinguant deux catégories de causes : « les prédisposantes et les excitantes » [10, p.12] ; Étienne Jean Georget [15] aura le mérite quant à lui d'avoir mis clairement l'accent sur la distinction entre maladies symptomatiques, qui découlent d'une cause organique connue, et les troubles idiopathiques ; dont la cause précise nous est inconnue mais qui résultent à l'évidence de perturbations purement fonctionnelles et qui constituent la folie à proprement parler. C'est Georget [15]¹ qui le premier promulgue la thèse d'une division étiologique des troubles mentaux : causes morales pour la folie, physiques pour le délire aigu, seule affection « sympathique » c'est-à-dire secondaire à des perturbations d'autres

¹ Georget serait selon Jacques Postel [25, p.227] bon lecteur des auteurs anglais qui séparaient les « *delirius states* » des *delusions* et des auteurs allemands qui séparaient le *Delirium* du *Wahn*.

organes. Le problème pour la folie proprement dite se place ainsi avec Georget complètement au niveau du cerveau qui devient ainsi l'« organe malade ». Jacques Postel [15] soutient dans la préface d'une édition du « *De la Folie* » de Georget que ce dernier a mis la base de la séparation entre psychiatrie et neuropsychiatrie. A ce stade, il faut souligner que Georget remarquait, déjà à cette époque, que cette affection du cerveau qu'était l'aliénation mentale, de nature inconnue, était idiopathique et, par ce terme, Georget entendait que son déroulement avait un cycle propre, indépendant des causes précipitantes. C'est là une différence capitale avec les troubles symptomatiques qui n'ont pas de destin différent, selon toujours Georget, de la cause dont ils dépendent et c'est là également un des points où la prédisposition (héréditaire en particulier) agit. Pourtant Georget s'oppose à l'idée de ses prédécesseurs (et maîtres) - Pinel et Esquirol - que les passions agissent sur le cerveau par l'intermédiaire des viscères. Pour lui, c'est au niveau du cerveau, organe de l'entendement, qu'il faut chercher la cause et des passions et de la folie. Voici ce qu'il écrit [15, p.78] : « après avoir prouvé précédemment que le cerveau est l'organe de l'intelligence et des passions, il est inutile, je pense, de chercher ici à démontrer que les affections morales qui peuvent occasionner l'aliénation mentale, agissent immédiatement sur lui ». Postel [25, p.234] commente à ce propos que pour Georget le terme « cérébral » n'a pas le sens restrictif « organogénétique » que nous

lui donnons actuellement, mais un sens beaucoup plus extensif qui lui évite de s'enfermer dans le dilemme organogénèse/psychogénèse:

« L'extension de ce sens apparaît tout spécialement à propos du traitement moral qui est, pour lui, le seul 'véritable traitement cérébral direct'. 'Cérébral' englobe donc bien le physique et le moral, le physiologique et le psychologique. Mais, nous devons encore y insister, ce monisme n'est possible et valable méthodologiquement que parce que le champ psychiatrique de la psychose a été soigneusement délimité par rapport au champ neuropsychiatrique des frénésies et troubles mentaux symptomatiques ».

Avec l'identification de la personne à son cerveau par cette cérébralisation progressive de la notion d'identité personnelle (d'abord par la philosophie, la sociologie et la psychiatrie puis « confirmée » par les avancées des neurosciences comme nous verrons plus loin), l'idée que le cerveau pourrait être le cible d'affections psychosomatiques a été condamnée à l'oubli et une dichotomie s'est imposée entre le corps d'un côté et le cerveau de l'autre. Comme nous avons vu plus haut pour Pinel et sa descendance au début du 19^{ème} siècle il y avait encore une version humorale pour les passions qui pourraient affecter le cerveau et provoquer l'aliénation. Mais cette idée a arrêté d'être valable pour les aliénistes qui les ont succédé qui s'étaient laissés influencés par

la cérébralisation progressive de l'identité personnelle. De ce fait la question de l'existence « d'affections psychosomatiques du cerveau » (en tant que conceptualisation possible) a été refoulée par la médecine scientifique de la deuxième moitié du XIX^e siècle.

AU 20^{EME} SIECLE ET JUSQUE A PRESENT

Ce refoulement en ce qui concerne l'histoire des idées en psychanalyse s'est opéré d'une manière différente. Ce qui a contribué aussi à l'exclusion du cerveau de la liste des organes qui peuvent être touchés par des affections psychosomatiques est relatif à l'histoire psychanalytique du concept de psychosomatique : On a à juste titre tendance à dire que le terme de névrose actuelle de Freud [12] et celui de névrose d'organe de Ferenczi [11] sont les prédécesseurs du terme d'affection psychosomatique. Mais certaines manifestations mentales comme l'angoisse, l'asthénie et certaines idées hypochondriaques faisaient partie des névroses actuelles même si, en même temps, Freud considérait que les organes comme l'œil [13, p.185-186] pouvaient être touchés par l'équivalent d'une névrose actuelle. Donc les organes périphériques étaient inclus d'une certaine manière secondairement dans le contexte des névroses actuelles. Avec l'introduction du terme de psychosomatique en 1926 (avec un trait d'union entre les deux composantes du mot) par Félix Deutsch (cf. Kamieniecki [19,

p.45]), le terme de névrose actuelle a disparu sous la plume de Freud (la dernière référence date en fait, à notre connaissance, de 1925 [14, p.256] dans « Inhibition, symptôme et angoisse »). Pourtant le terme de psychosomatique n'incluait plus des manifestations à connotation mentale comme l'angoisse, l'appauvrissement psychique, etc., comme c'était le cas pour la notion de névrose actuelle et pour celle de névrose d'organe. La disparition du trait d'union au mot psychosomatique, opérée par Halliday (cf. Kamieniecki [19, p.50]) en 1943, n'a fait que consacrer l'usage de ce terme. Cela a solidifié en même temps le refoulement des origines du terme par le concept de névrose actuelle qui était un terme, comme nous venons de le souligner, de plus grande envergure quant à la symptomatologie. D'un autre côté, la notion de psychosomatique était plus évoluée, d'une certaine manière, quant à l'étiologie ; car l'étiologie sexuelle toxique que Freud préconisait pour les névroses actuelles n'était plus considérée comme la cause – ou en tout cas la cause unique – pour les affections psychosomatiques.

Une reprise essentielle de la question d'affection psychosomatique du cerveau date de 1906 : Elle affleure, de manière encore implicite, dans le texte de Carl Gustav Jung, *Psychologie de la démence précoce* [18, p.118]. Nous le citons (à propos de la démence précoce):

« *Il existe au départ de la maladie un affect fort² à partir duquel les troubles de l'humeur initiaux se développent. En pareil cas, on est tenté d'attribuer au complexe une signification causale mais avec cette restriction déjà mentionnée que le complexe, à côté des effets psychologiques, produit encore un élément X (toxine ?) qui contribue pour sa part à l'œuvre de destruction* ».

Il note pourtant la possibilité que cet élément X soit primaire, c'est-à-dire qu'il apparaisse en premier lieu sans causes ni point de départ psychologique et ne fasse ensuite que s'emparer du dernier complexe existant pour le transformer de façon spécifique, ce qui peut faire croire à la causalité du complexe. Malgré la difficulté qu'il trouve à déduire les effets de l'élément X à partir de la psychologie, il avance l'hypothèse que son effet principal est de pousser à l'automatisation et la fixation. Il avance à propos de cette hypothèse [18, p.119]:

« D'après cela, on devrait se représenter la toxine (?) comme une substance très évoluée qui s'attache partout aux phénomènes psychiques, surtout aux phénomènes à tonalité affective, les renforçant et les automatisant ».

Jung avance l'hypothèse que finalement le complexe absorbe très largement l'activité du cortex et produit une espèce de décérébration dont la conséquence est l'apparition de ces formes d'automatisme

² Les italiques sont dans la traduction française

qui se développent principalement dans le système moteur. Selon Bercherie [4, p.200-201] Eugène Bleuler partageait cette idée de Jung quoique Bleuler pensait que la toxine agissait avant le complexe tandis que Jung soutenait que c'est par l'action du complexe que la toxine se libère. Pour le cas de Jung (et pour Bleuler) il s'agit, pourtant, d'une définition implicite, comme nous l'avons dit plus haut.

En 1959, Silvano Arieti – à qui appartient la référence suivante – a explicitement soutenu une telle thèse dans son ouvrage *Handbook of Psychiatry* [2, p.491]. Dans sa monographie plus tardive *L'Interprétation de la schizophrénie* [3, p.474] il soutient cette thèse de manière encore plus explicite :

« Est-il possible donc que sous stress psychologique il n'y ait pas une désintégration fonctionnelle des *patterns* neuronaux habituels. [...]. Le système nerveux central pourrait être la victime des conflits psychologiques qu'il produit lui-même³ ; les conflits ou désordres émotionnels pourraient interrompre l'organisation de *patterns* neuronaux complexes ».

Et, spécifiquement à propos de la schizophrénie, il applique lui-même ce modèle inspiré du jacksonisme [3, p.488] :

« En conclusion, au moins pour les cas qui progressent au-delà de la phase tout à fait initiale, le processus schizophrénique déclenche des

3 Nous voyons la confusion entre cerveau et psychisme chez Arieti.

tentatives psychosomatiques d'intégrer les fonctions cérébrales les plus élevées à un niveau moins élevé. En dehors de peu de cas cette tentative échoue car le processus engendre d'autres mécanismes qui s'auto-entretiennent et conduisent à la régression ».

Dans son *Handbook* Arieti [2, p.448] a évoqué aussi l'éventualité d'un processus psychosomatique dans la psychose maniacodépressive :

« Il est logique que les conflits de la psychose maniacodépressive qui sont traités dans l'aire du néopallium aient des répercussions psychosomatiques fonctionnelles dans l'archipallium. Les changements fonctionnels dans l'archipallium peuvent par la suite conduire à d'autres anomalies ».

Daniel Widlöcher [30] a proposé une théorie psychosomatique du ralentissement dépressif depuis les années 1980, sans parler de maladies psychosomatiques du cerveau mais de maladie psychosomatique tout court (quoiqu'il parle de mécanisme neuronal élémentaire). Selon cet auteur, pionnier dans le domaine de l'interdisciplinarité entre psychanalyse et neurosciences cognitives, il existe deux formes d'inhibition dépressive. La première affecte un secteur des contenus de pensée du sujet. Elle est la conséquence de l'investissement dominant de certains contenus de pensée. La seconde forme d'inhibition affecte l'ensemble de l'activité du sujet et sémiologiquement s'exprime par le ralentissement psychomoteur.

C'est dans cette interaction entre pensée dépressive et figement que la maladie dépressive exprime son caractère de modèle d'altération psychosomatique. L'action psychothérapeutique souhaitable s'exerce sur les systèmes de pensée à condition toutefois qu'un mécanisme neuronal élémentaire, en partie irréversible, ne soit pas mis en place, qui, créant un ralentissement global de l'activité, viendrait limiter ou annuler l'action psychothérapeutique. C'est au niveau plus élémentaire que s'exerce l'activité des antidépresseurs, aussi bien quand le ralentissement est secondaire aux mécanismes psychopathologiques complexes que lorsque prédominent des facteurs endogènes génétiques ou acquis.

Dans un article (1990) Christophe Dejours et Elisabeth Abdoucheli [7] examinent la possibilité d'existence d'une maladie neurologique – psychosomatique – chez les schizophrènes. Voyons comment ces auteurs entendent cette maladie psychosomatique neurologique en rapport avec les fonctions cognitives et langagières en citant un passage de leur article :

« Ces fonctions cognitives et langagières, on le sait, impliquent des circuits neurono-associatifs entre le cerveau intégrant les fonctions viscérales et endocrinométaboliques, c'est-à-dire le diencéphale et le système limbique d'une part, et le cerveau cortical d'autre part [...]. Pour résumer ce qu'il en est du choix de l'organe dans les somatisations selon qu'il s'agit de somatose ou de psychose je dirai que lorsque les parents s'efforcent de disqualifier la pensée érotisée

de l'enfant, ils préparent de somatisations cérébrales ; lorsqu'ils s'efforcent d'arrêter ou de paralyser sa pensée, ils préparent plutôt des somatisations viscérales périphériques ».

Une autre référence, nous la trouvons chez Stavros Mentzos [21] qui a décrit, depuis (à notre connaissance) les années '90, les psychoses dites endogènes comme des « psychosomatoses » du cerveau auxquelles il a consacré un chapitre entier de son *Précis de psychodynamique*. Selon cet auteur une sensibilité sous des conditions psychosociales désavantageuses se développe et devient un problème psychique qui agit sur le corps, ici le cerveau (l'hippocampe, le lobe préfrontal, etc.). Il postule que les épisodes psychotiques ne sont pas provoqués par n'importe quels facteurs stressants fortuits, mais par des circonstances qui mobilisent des positions psychiques faibles dans le sens des contradictions irrésolues spécifiques qui ont affaire avec une contradiction endopsychique créée entre la conservation de l'identité de soi et une union ou une confusion avec l'Objet.

Une autre référence, quoique non explicite, est celle que nous trouvons dans un ouvrage (2000) de Regina Pally, écrit en collaboration avec David Olds « *The Mind-Brain Relationship* » [22, p.88-89] (l'ouvrage en question, a été publié dans une série spéciale de *l'International Journal of Psychoanalysis*). Cet ouvrage comprend un chapitre intitulé « Émotions et conditions

psychosomatiques » et c'est là, dans le titre, que figure la référence explicite à la psychosomatique. Dans ce chapitre on peut lire :

« Des plaintes cognitives telles que la défaillance de la mémoire, la diminution de la concentration, la difficulté à penser et celle de répondre de manière cohérente ou tout simplement le fait de se sentir confus dans sa tête accompagnent fréquemment l'émotion intense et la maladie liée au stress. Ces défaillances cognitives peuvent résulter d'une variété d'altérations du cerveau qui apparaissent pendant l'émergence des émotions. Des cellules de l'hippocampe peuvent présenter une diminution de leur activité ou même une atrophie pendant l'état de stress qui conduisent à des interruptions de l'attention et de la mémoire [...]».

Petros Hartocollis dans un article (2002) sur les névroses actuelles, publié dans l'*International Journal of psychoanalysis* [16], rappelle que Freud était loin de nier l'existence de conflits mentaux et de complexes névrotiques dans la neurasthénie. Et il se demande si Freud voulait dire conflits secondaires et complexes secondaires, équivalents à ce que Bleuler nommait symptômes secondaires (illusions et hallucinations) dans la schizophrénie et que Bleuler lui-même attribuait à un agent toxique mystérieux. Ou, si il voulait dire conflits préverbaux comme ceux dont parle McDougal, et Freud lui-même dans *L'Homme aux loups* quand il fait référence à des schémas phylogénétiquement hérités qui sont concernés par le travail de placement des impressions de l'expérience actuelle.

L'auteur, par cette remarque, « relativise » ainsi les limites entre névroses actuelles et schizophrénie.

La dernière référence bibliographique que nous avons pu trouver est celle de Marie-Christine Laznik dans une interview (2006) qu'elle a donnée au *Journal Français de Psychiatrie* et en rapport avec la thèse, bien connue, de Monica Zilbovicius sur l'autisme relativement à une aire spécifique du cerveau (l'aire fusiforme).

Laznik [6] commente à ce propos:

« Le professeur René Diatkine et le docteur Jean Bergès disaient, l'un comme l'autre, qu'il devait y avoir une 'psychosomatique' de l'autisme par le non-usage de l'organe. Ce renfermement depuis deux mois ne pouvait pas ne pas nuire à son appareil neuropsychologique ».

Donc il y a, à notre connaissance, peu de références bibliographiques en rapport avec le concept heuristique d'« affection – ou participation – psychosomatique du cerveau ». Nous résumons que pour Jung et Bleuler, Dejours et Abdoucheli, de même que pour Hartocollis (quoique chez lui c'est implicite), la référence concerne la schizophrénie, pour Mentzos et Arieti la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive, pour Bergès, Diatkine (à suivre Laznik) et Laznik l'autisme, et pour Widlöcher et Pally la dépression. Nous pensons que d'autres textes et d'autres concepts évoquent cette possibilité de manière implicite, comme le concept

freudien des « névroses actuelles » *per se* (comme nous signalions plus haut) et des textes sur les rapports entre la plasticité neuronale et la théorie psychanalytique comme les travaux de François Ansermet et Pierre Magistretti [1]. Il est fort probable qu'il y ait d'autres textes - et d'autres auteurs - qui aient pu nous échapper. Mais, au delà de ces références bibliographique, de manière générale, l'idée d'affection – ou participation – psychosomatique du cerveau est refoulée de nos jours par cette figure anthropologique du « sujet cérébral », et ceci n'est sûrement pas indépendant du fait que les limites entre la psychiatrie et la neurologie sont actuellement tellement brouillées (cf. par exemple Price et al. [26]), malgré les progrès effectués par la psychiatrie biologique durant les deux derniers siècles.

Car après les années 1960, comme Vidal [28] le souligne, les découvertes neuroscientifiques viennent corroborer l'idée que le cerveau est l'organe du moi et l'imagerie cérébrale, qui montre le cerveau en action, a fortement contribué à cette idée, car elle donne l'impression qu'on peut enfin visualiser un vrai portrait de ce que nous sommes. Alain Ehrenberg [9], qui est un autre initiateur avec Vidal de l'hypothèse de la figure anthropologique du « sujet cérébral » (et auteur d'un article portant le même intitulé), avance aussi que le programme fort de la recherche en neurobiologie moléculaire actuelle est un sous-produit de croyances individualistes, à savoir que l'homme est d'abord enfermé dans

l'intériorité de son corps, lieu de la vérité, et qu'il entre ensuite, grâce à son esprit, en relation avec autrui pour former (par contrat, imitation ou contrainte) une société :

« Ces croyances ne sont pas spécifiques aux neurosciences : elles sont également fort communes en sociologie et en anthropologie. Si les neurosciences ont tendance à fétichiser le cerveau, les sciences sociales font de même avec cette entité magique qu'est le soi (intime, social, objectif, pharmacologique, etc.) ».

Depuis les années 1980 le développement des neurosciences a suscité, selon Ehrenberg [9], quelques changements importants. Parmi ceux-ci les maladies neurologiques et les maladies mentales sont susceptibles d'être abordées comme une seule espèce de maladie. Selon cet auteur, on observe aujourd'hui une tendance très forte, dans les publications scientifiques de renom, à prôner une telle intégration. Et à propos de la séparation entre la neurologie et la psychiatrie il [9] exprime l'avis suivant :

« Plutôt que de chercher la fusion de deux disciplines ou, à l'inverse, de penser que les neurosciences mettent en danger la subjectivité, ne serait-il pas plus rationnel et plus efficace pour les patients de se servir des progrès de la biologie du cerveau pour mieux réfléchir à la distinction de deux disciplines ».

Nous pensons que le concept heuristique d'affection ou participation psychosomatique du cerveau se prête à cette réflexion interdisciplinaire qui concerne la subjectivité et la neurobiologie.

CONCLUSION

Le concept heuristique d'affection ou participation psychosomatique du cerveau tend à être refoulée à proportion de l'ancrage de la figure anthropologique du sujet cérébral. Un des effets de ce « refoulement » est le retour en puissance de la neuropsychiatrie en tant que discipline non séparée de la psychiatrie. Cette nouvelle indistinction, prônée par divers auteurs, loin d'être une « objectivation » par le progrès des neurosciences, elle est un dérivé idéologique. Les théories sur la neuroplasticité se prêtent à une réhabilitation du concept d'affection ou participation psychosomatique du cerveau comme nous avons pu montrer dans un travail de thèse en psychopathologie et psychanalyse [8] : ce concept, une fois situé par rapport à son histoire (opération qui était le cible du présent article) et précisé quant à ses coordonnées aussi bien psychanalytiques que neurobiologiques, pourrait servir à une « mise à jour » de la distinction entre la psychiatrie et la neurologie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ansermet F, Magistretti P (2004) *A chacun son cerveau : Plasticité neuronale et inconscient*. Paris, Odile Jacob
2. Arieti S (1959) Schizophrenia. In Arieti S (ed) *American Handbook of Psychiatry*, New York, Basic Books INC Publisher, pp. 454-507
3. Arieti S (1974) *Interpretation of Schizophrenia*. New York, Basic Books
4. Bercherie P (1980) *Les Fondements de la clinique*. Paris, Navarin, 1980,
5. Broussais F-J-V (1828) *De l'irritation et de la folie*. Bruxelles, Librairie médicale française
6. Cacciali P, Froissart J (2006) Interview de Marie-Christine Laznik. *Journal Français de Psychiatrie*, 25 : 45-51
7. Dejours C, Abdoucheli E (1990) L'interprétation psychosomatique de la schizophrénie et l'hypothèse de la somatisation cérébrale. *Entrevues* (n° spécial) 17 : 34-45.
8. Auteur Thèse
9. Ehrenberg A (2004) Le sujet cérébral. *revue Esprit*, Novembre : 130-155
10. Esquirol JE (1998) *Des maladies mentales tome 1*. Editions Privat, Paris

- 11.Ferenczi S (1974) Les névroses d'organes et leur traitement. *Psychanalyse III. 1919-1926*. première éd. 1926, Paris, Payot, p. 373-378
- 12.Freud S (1984) La sexualité dans l'étiologie des névroses. *Résultats, idées, problèmes I*. 5^{ème} éd., première éd. 1898, Paris, PUF, p.74-97
13. Freud S (1993) Le trouble de vision psychogène dans la conception psychanalytique ». *Œuvres complètes X*, 1^{ère} éd., première éd. 1910, Paris, PUF, p.179-186
14. Freud S (1992) Inhibition, symptôme et angoisse. *Œuvres complètes XVII*. 1^{ère} éd., première éd. 1926, Paris, PUF, p.205-286,
- 15.Georget EJ (1972) *De la folie*. première éd. 1820. Paris, Privat
- 16.Hartocollis P (2002), 'Actual Neurosis' and psychosomatic Medicine: The Vicissitudes of an enigmatic Concept. *Int J Psychoanal* 83 : 1361-1373
- 17.Hippocrate (1849) La nature de l'homme. In *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Tr. É. Littré, Tome sixième, J. B. Baillière, Paris, p. 33 - 69
- 18.Jung CG (1960) Psychologie de la démence précoce : essai. In *Psychogénèse des maladies mentales*. Tr. J.Rigal. Paris, Albin Michel, 2001
- 19.Kamieniecki H (1984) *Histoire de la psychosomatique*. 1^{ère} éd., Paris, PUF., coll. « Que sais-je », n° 2851

- 20.Locke J (1694) *Essai concernant l'entendement humain*. Tr. M. Costel, Paris, Vrin, 1983
- 21.Mentzos S (2010) Die Neurobiologie der Psychosen - Die Psychosomatosen des Gehirns. In *Lehrbuch der Psychodynamik*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, pp.235-247
- 22.Pally R (2000) *The Mind-Brain Relationship*. London, Karnac
- 23.Pigeaud J (2006) *La Maladie de l'âme*. 3^{ème} éd., 1^{ère} éd.1981, Paris, Les Belles Lettres
- 24.Platon (1969) *Sophiste, Politique, Philèbe, Timée, Critias*. Paris, Flammarion
- 25.Postel J (2007) *Eléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*. Paris, L'Harmattan
- 26.Price BH, Adams D, Coyle JT (2000) Neurology and psychiatry: closing the Great Divide, *Neurology*, 54, 8
- 27.Temkin O (1953) What is Health ?. In Jago Galston, *Epidemiology of health*. New York, Academy of Medicine, ch.2
- 28.Vidal F (2005) Le sujet cérébral : Une esquisse historique et conceptuelle. *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*, III, 11 : 37-48
29. Vincent JD (1986) *La Biologie des passions*. Paris, Odile Jacob
- 30.Widlöcher D (2002) Clinique psychanalytique et psychotropes, Dépression et anxiété. *Revue Française de Psychanalyse*, LXVI : 409-422.