

UNIVERSITE LUMIERE LYON2

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

Thèse En vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie

Présentée et soutenue publiquement par :

Jacques Alain BITSI

PROCESSUS DE SYMBOLISATION ET APPARTENANCES CULTURELLES.

Sous la direction de : Monsieur le Professeur **Mohamed LAHLOU**

14 décembre 2005

Copyright BITSI Jacques Alain et Université Lumière - Lyon 2 - 2005. Ce document est protégé en vertu de la loi du droit d'auteur.

MEMBRES DU JURY Mohamed LAHLOU, Professeur de Psychologie, Directeur de thèse, Université Lumière Lyon 2 Michel WAWRZYNIAK, Professeur de Psychologie, Université de Picardie Jules Verne, Amiens. Serban IONESCU, Professeur de Psychologie, Université Paris 8-Saint Denis. Jean-Marie BESSE, Professeur de Psychologie, Université Lumière Lyon 2. Bernard CHOUVIER, Professeur de Psychologie, Université Lumière Lyon 2.

Table des matières

..	1
Remerciements . .	3
INTRODUCTION .	5
PREMIERE PARTIE : APPROCHES THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES. Représenter et symboliser. .	13
Chapitre 1. Représentations de la maladie mentale et thérapies au Gabon. .	13
1. Représentations de la maladie mentale .	13
2. Utilisation des thérapies au Gabon .	21
Chapitre 2. La problématique de la symbolisation .	33
1. Définitions .	34
2. Approches théoriques de la symbolisation .	37
Chapitre 3. La question de la représentation . .	40
1. Définitions .	40
2. Répétition et lien comme formes de représentation .	43
3. Approches théoriques des représentations .	50
Chapitre 4. problematique et hypotheses . .	58
1. Problématique .	58
2. Hypothèses .	60
Chapitre 5. Approches méthodologiques . .	62
1. Justifications du recours aux différentes approches méthodologiques .	63
2. A propos de la sélection des sujets : population d'étude .	69
3. Déroulement de la recherche .	72
4. Difficultés de terrain .	72
5. Analyse et traitement des données .	73
DEUXIEME PARTIE : ETUDES CLINIQUES. REPETER, CROIRE ET SYMBOLISER . .	77
Chapitre 1. Impact des croyances sur le fonctionnement psychique .	77

1. Importance des croyances dans la société . .	78
2. Croyances traditionnelles à l'œuvre dans la société gabonaise .	84
3. Représentations et société . .	95
4. La pensée magique comme source des croyances . .	101
Chapitre 2. La symbolisation à l'œuvre dans les croyances .	105
1. Les Croyances à la sorcellerie . .	106
2. L'acte de la sorcellerie et symbolisation . .	111
3. Sorcellerie et maladie mentale . .	116
Chapitre 3. Psychopathologie et aspects cliniques des représentations culturelles ..	120
1. Approche psychopathologique .	120
2. Tentative de compréhension des représentations culturelles pour l'interprétation de la maladie .	166
3. De la symbolisation des croyances à travers le Rorschach et le TAT . .	172
TROISIEME PARTIE : POUR UNE APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DES LIENS ENTRE CROYANCES ET REPRESENTATION DE LA MALADIE MENTALE EN CLINIQUE INTERCULTURELLE . .	195
Chapitre 1. La méthodologie projective comme lieu d'expression et de symbolisation ..	195
1. Le « projet projectif » .	196
2. La contenance par le relationnel .	199
Chapitre 2. Processus de répétition, de lien et de symbolisation dans les représentations de la maladie mentale . .	201
1. De la représentation à la symbolisation .	202
2. Répétition, lien et symbolisation .	204
Chapitre 3. Approche psychodynamique des représentations en clinique interculturelle .	212
1. Enjeux psychodynamiques du processus représentationnel . .	212
2. Représentations comme figures de la symbolisation .	216
CONCLUSION GENERALE .	225
BIBLIOGRAPHIE . .	233
Dictionnaires, Encyclopédies et Vocabulaires .	233

Colloques, Mémoires, Rapports et Thèses . .	233
Revue .	234
Ouvrages . .	236
INDEX . .	243
INDEX DES CAS .	243
INDEX DES NOMS LOCAUX ET DES THEMES . .	244
INDEX DES AUTEURS . .	247
TRAVAUX PERSONNELS .	251
Publications, Revues à comité de lecture . .	251
Contributions à des colloques . .	251
Ecrits universitaires . .	252
Annexes . .	253
1. Questionnaire .	253
2. Guides d'entretien . .	253
3. Cas cliniques . .	254
Cas n° 1, Angèle, 34 ans . .	254
Cas n° 2, Pierre, 21 ans . .	269
Cas n° 3, François, 33 ans .	279
Cas n° 4, Thomas, 45 ans . .	292
Cas n° 5, Martine, 39 ans .	303
Cas n° 6, Patrick, 17 ans . .	307
Cas n° 7, Véronique, 29 ans .	312
Cas n° 8, Blaise, 39 ans. .	314
Cas n° 9, Gaston, 29 ans . .	318
Cas n° 10, Mme O. A., 65 ans . .	320
Cas n° 11, Sidonie, 24 ans. . .	321
Cas n° 12, Marcel, 37 ans. .	322

Je dédie ce travail à : Mon regretté père, toi qui aurais été si fier de moi Ma mère Mes frères et sœurs Toute ma famille, de la lignée Diabe-di-Kotsi

Remerciements

J'adresse mes **REMERCIEMENTS** à :

Professeur Mohamed LAHLOU d'avoir accepté de diriger et pour m'avoir accompagné tout au long de cette recherche.

MM les Professeurs Bernard CHOUVIER, Pascal ROMAN, Université Lumière Lyon 2 et à Michel WAWRZYNIAK, Université de Picardie Jules Verne, pour les discussions riches d'enseignement qui m'ont permis d'avancer dans ma réflexion.

MM. les Professeurs, Jean-Marie BESSE et Serban IONESCU d'avoir accepté de participer à l'évaluation de ce travail.

Je suis très honoré de votre présence dans ce Jury.

Tous mes remerciements aussi à :

MM. BISSIEMOU-BI KONDOU, Godefroy MAYOMBO, psychologues cliniciens, Dr Frédéric MBUNGU MABIALA et aux infirmiers de l'hôpital psychiatrique de Mélen pour votre aide sur le terrain ; Samuel MBADINGA, Onanga OPAPE, Enseignants en Psychologie à l'Université Omar Bongo de Libreville.

Mon très cher Daniel DERIVOIS, pour ton précieux temps d'écoute, de discussion et de capacité de contenance ; Anne et Odile, merci pour votre disponibilité et votre présence.

J'adresse spécialement mes remerciements à :

Mes parents et à toute la famille de la lignée Diabe-di-Kotsi ; mes frères et sœurs, pour votre présence éternelle.

Emma Prisca, pour ta présence et ton réconfort ; Aimé-Brice et sa petite famille, Guy Armel, Marina pour m'avoir permis de maintenir la fibre familiale ; André-Marie, Alain, Gildas, Nicaise, Simplicie, Hervé et Marcelle Emma, Exare, pour m'avoir permis de maintenir mes relations avec la communauté gabonaise.

INTRODUCTION

Cette recherche porte sur les représentations de la maladie mentale. Il s'agit non seulement de faire ressortir les processus de symbolisation qui sous-tendent ces représentations mais aussi de les mettre en relation les processus de symbolisation et le contexte culturel du sujet qui représente.

Mon intérêt pour cet objet de recherche est le résultat d'un ensemble d'expériences personnelles et d'une pré-enquête¹ effectuée sur le terrain. Dans un premier temps, en tant que Gabonais et ayant vécu au Gabon, jusqu'au début de mon second cycle universitaire, j'ai eu l'occasion de vivre directement et d'apprécier l'influence des représentations culturelles, tant dans la vie quotidienne qu'en milieu hospitalier.

En s'arrêtant un instant sur les croyances traditionnelles, on peut remarquer qu'elles sont présentes à plusieurs niveaux. Sur le plan clinique, dans la vie quotidienne, lorsqu'un événement malheureux (mort, maladie, échec, mésaventure) se produit, l'individu ou le groupe qui a été touché se sert des croyances (religieuses ou traditionnelles) pour expliquer le phénomène observé. Cette compréhension repose sur un ensemble de représentations dites « *culturelles* ».

C'est surtout à partir de mon contact avec les patients en psychiatrie que j'ai eu un penchant pour les représentations culturelles existant chez les patients. Dans ce sens, certains patients utilisent dans leur discours les croyances traditionnelles pour expliquer

¹ Dans le cadre de cette recherche, une pré-enquête a été effectuée auprès de la population sur l'utilisation des croyances dans la société. Elle a porté sur 101 sujets.

l'origine de leur maladie. C'est le cas par exemple des patients présentant des idées délirantes, des hallucinations. Celles-ci ont des rapports avec des croyances à la sorcellerie, aux ancêtres. Dans ce sens, on peut noter que la « *maladie* » révèle d'autres modes de compréhension : transgression d'une loi, l'héritage social, la souillure, la dette due aux dieux, etc. Pour A. Zemplini, (1983)², ces causes renverraient à des situations conflictuelles, notamment avec les ancêtres ou les dieux, à l'origine des explications et des interprétations magico-religieuses des conduites psychopathologiques. Ces interprétations posent la question de l'importance de l'utilisation des représentations dans la société.

Dans un second temps, mon intérêt pour l'utilisation répétée des croyances (religieuses, traditionnelles) dans la représentation d'un événement (heureux ou malheureux) ou d'un fait, a permis d'effectuer un travail de pré enquête sur le terrain. Les résultats ont montré qu'environ 80% des individus utilisent des croyances dans leur vie. Ces croyances comprennent les croyances religieuses et traditionnelles. D'une part, il y a les croyances en Dieu, dont la fréquentation des églises, l'organisation des prières, etc. en sont des signes. D'autre part, il y a l'utilisation des mythes, la pratique des rites, la croyance aux ancêtres, à la sorcellerie, etc. Toutes ces croyances ne se répartissent pas de la même façon dans la société. Si 80% de la population interrogée croient aux religions modernes, environ 10% seulement utilisent les croyances traditionnelles. Malgré leur moindre importance, sur le plan pratique, il y a une référence quasi-systématique manifeste aux croyances traditionnelles lors de la recherche de la guérison.

Ainsi, convient-il de noter qu'il s'agisse de l'une ou l'autre des formes de croyances, elles jouent un rôle important dans la société. C'est dans cette perspective que J. Mbiti (1972, 9)³ a considéré l'Africain comme un « *être religieux* ». En effet, pour cet auteur, « *la religion est l'élément le plus solide de l'arrière-plan traditionnel; c'est elle qui exerce certainement l'influence la plus profonde sur le mode de pensée et la façon de vivre des Africains* ». A cet effet, l'individu parle-t-il en termes de Dieu, d'esprits, et de divinités comme faisant partie de sa façon de penser et de vivre. Etant donné que la religion influence la façon de vivre et de penser des individus, elle est présente dans tous les domaines de la vie. Ainsi, qu'il s'agisse des croyances modernes ou traditionnelles, la religiosité joue un rôle principal. Tout a alors un sens car l'objet est toujours mis en relation avec quelque chose.

En cela, les croyances, en tant que « *systèmes de pensée* » issus d'un imaginaire social, culturel, permettent de donner un sens aux conduites et aux comportements. Pour D. Jodelet (1989, 31)⁴, « *les représentations... nous guident dans la façon de nommer et définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours, dans la façon de les interpréter, statuer sur eux et, le cas échéant, prendre une position à leur égard et*

² Andras Zemplini, Le sens de l'insensé. De l'interprétation magico-religieuse des « troubles psychiques ». *Psychiatrie française*, 4/1983, 29-47

³ John Mbiti, *Religions et philosophies africaines*. Yaoundé, Editions CLE, 1972, 299 p.

⁴ Denise Jodelet, Représentations sociales : un domaine en expansion. *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989, 447 p.

à la défendre ». Dans ce sens, la ruée vers les *nganga*⁵ ou vers les religieux (prêtres, pasteurs) dans le cadre des soins caractérise bien l'influence de ces systèmes de pensée.

Si tout le monde possède une croyance –le scientifique croit en sa science ; de même que l'enfant croit en son père Noël qui lui laissera un cadeau dans la cheminée – l'intérêt pour les croyances est lié au fait que malgré l'influence de la science, de la modernité, on note de plus en plus l'influence de ces représentations dans la société. Chez certains individus, on peut observer l'existence à la fois des croyances chrétiennes et traditionnelles. Par exemple, certains sujets lorsqu'ils sont malades vont être conduits à l'église par leur famille. Si la maladie ne « guérit » pas, ils vont vite voir le *nganga*. Ce qui pose la question de l'importance des croyances traditionnelles dans la société.

Cependant, certaines études anthropologiques ont permis de constater que l'utilisation des croyances n'est pas le propre de la société gabonaise en particulier. Même en Occident (France, Russie, E.U., etc.), ces croyances ont existé et continuent à exister. En France, les travaux de J. Favret-Saada (1977)⁶, de A. Van Gennep (1980)⁷ témoignent et rendent compte de l'existence des différentes croyances dans les sociétés « traditionnelles » françaises. D'autres travaux comme ceux de D. Camus (2001)⁸ montrent l'importance des croyances dans la société française, et notamment au sein de la classe politique. Ainsi, malgré la présence de ces croyances, la différence peut se situer au niveau de la façon de les utiliser qui est très nette. En Occident, c'est par le truchement de la science et des techniques que certains problèmes auxquels les individus sont confrontés trouvent leurs solutions. Alors que ce n'est pas le cas au Gabon.

Fort de toutes ces observations, il découle un ensemble de questionnements, à savoir : quelles relations y a-t-il entre le fonctionnement psychique et la culture ? Quels sont les processus psychiques qui sous-tendent l'utilisation des représentations ? Afin de saisir ces liens, on va s'intéresser aux représentations de la maladie mentale. L'utilisation des croyances modernes, notamment chrétiennes est à l'origine d'un ensemble de représentations tournant autour de la conception du péché. Alors que les croyances traditionnelles vont faire appel aux représentations de la sorcellerie, aux ancêtres, etc. Dans cette perspective, peut-on entendre par exemple que si telle personne est malade, c'est parce qu'elle a été ensorcelée par son oncle, sa tante, etc. ou qu'il a commis un péché. Sur quoi reposent ces représentations ? Quels sont les processus qui les sous-tendent ? Dans cette perspective, quels liens existe-t-il entre ces représentations et les processus de symbolisation ?

La construction de l'objet de cette recherche est le résultat de plusieurs moments.

⁵ Terme utilisé dans son sens générique pour vouloir dire thérapeute traditionnel, c'est-à-dire à la fois celui qui soigne et possède l'art divinatoire.

⁶ Jeanne Favret-Saada, *Les mots, la mort et les sorts*. Paris, Gallimard, 1977, 332 p.

⁷ Arnold Van Gennep, Alain Pelizzo, *Coutumes et croyances populaires en France*. Paris, Editions le Chemin Vert, 1980, 322 p.

⁸ Dominique Camus, *La sorcellerie en France aujourd'hui*. Rennes, Ouest France, 2001, 127 p.

Les recherches menées dans le cadre universitaire se sont toujours intéressées à l'influence de la culture sur le psychisme. Et pour cela, elles n'ont fait que renforcer cette volonté à mettre en relation les notions de psychisme et de culture. Un des objectifs du clinicien, praticien ou chercheur, est d'être à l'écoute du matériel clinique. Si pour le praticien, ce matériel est obtenu dans la relation clinique, dans l'ici-et-maintenant, pour le chercheur, ce matériel est en partie lié à la construction du travail en général. La construction de l'objet de cette recherche a pour objectif d'offrir un lieu de symbolisation aux sujets ; lieu leur permettant de représenter psychiquement et d'évaluer leurs efforts de symbolisation. Et c'est dans cette perspective que j'ai été amené à construire et penser cet objet de recherche.

Parler des relations entre les processus de symbolisation et les représentations de la maladie mentale renvoie à différentes acceptions. La première approche consiste à tenir compte des différentes représentations qu'un sujet a de la maladie mentale. Cette approche met l'accent sur les différentes représentations de la maladie mentale qui existent dans la société. Dans ce sens, on peut parler des représentations sociales de la maladie mentale. La deuxième acception porte sur les différentes représentations que le sujet lui-même se fait de sa maladie. Dans ce sens, il s'agit des représentations propres au sujet sur sa maladie. Dans ce deuxième point, est mise en avant l'importance de la subjectivité du sujet dans la représentation qu'il donne de sa maladie. Dans le cadre de cette recherche, je mettrai l'accent sur ce dernier point. L'objectif est d'arriver à comprendre comment le sujet élabore psychiquement, symbolise sa maladie.

De ces deux approches, il en découle une troisième. L'objectif est de pouvoir mettre en relation les représentations issues de la subjectivité du sujet aux représentations collectives et culturelles existant dans la société. Il s'agit alors de comprendre comment le sujet s'approprie et élabore subjectivement les représentations culturelles existant dans la société. Ce qui permet de comprendre comment s'effectue le passage des représentations sociales et culturelles aux représentations psychiques.

Sur la base de ces éléments, il convient de noter l'importance du « *sujet social* », en tant qu'objet de recherche. Ce qui permet de parler de la clinique du « *sujet social* » dont la caractéristique principale est la mise en avant du « *nous* » à certains moments et du « *je* » à d'autres. Dans ce sens, en utilisant les représentations collectives, chaque individu peut parler au nom du groupe, de la société mais aussi en son propre nom (J. Barus-Michel, 1987)⁹. En ce sens, le sujet social se différencie du sujet-individu qui est sujet de son énonciation et parle à la première personne. Ainsi, convient-il de tenir compte d'une « *clinique sociale* », étant donné qu'elle met en avant le sujet dans sa relation. Car il ne peut y avoir de sujet exclu du champ du social ou du culturel.

Ainsi, quelles influences ces représentations sociales ont sur le fonctionnement psychique du sujet, notamment sur les processus de symbolisation ? Comment peuvent s'exprimer ces représentations culturelles chez le sujet ? Telles sont les questions auxquelles je vais tenter de répondre au cours de cette recherche.

En s'intéressant aux représentations culturelles, objet de l'anthropologie, l'objectif est

⁹ Jacqueline Barus-Michel, *Le sujet social*. Etude de psychologie sociale clinique. Paris, Dunod, 1987, 209 p.

de saisir l'impact qu'elles peuvent avoir sur le plan psychologique. Car la référence quasi exclusive aux croyances implique la question de leur influence sur le fonctionnement psychique des individus. Existe-t-il des processus psychiques particuliers chez ces sujets qui font référence aux croyances ?

Cette recherche s'inscrit dans le cadre des travaux menés sur le fonctionnement psychique en rapport avec les croyances. Dans ce sens, deux axes sont possibles : celui de la représentation d'un objet et celui du travail de la création, du rêve. Dans la représentation d'un objet, on va s'intéresser aux représentations de la maladie mentale (F. Laplantine, 1986, 1976 ; D. Jodelet, 1989). Cet axe repose sur des approches sociale et anthropologique.

Dans ces perspectives, par représentation, on peut entendre « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (D. Jodelet, 1989, 36,). Cette définition courante montre que la représentation est un produit, un résultat ; elle peut être aussi un début, un point de départ. Etant donné que la notion de « *représentation* » recouvre un ensemble de champs très larges, on s'intéressera à la représentation en terme de processus, de quelque chose qui est en train de se faire. Ce qui permet alors de mettre en évidence le second axe.

En ce qui concerne le second axe, il consistera à tenir compte de la problématique du fonctionnement dans son travail de création (D. Anzieu, 1981) ¹⁰ .. Dans ce sens, la représentation peut être considérée comme un travail de création mobilisant un ensemble de processus dits de symbolisation. L'intérêt accordé à ces processus s'inscrit cette recherche dans le champ de la psychologie clinique, à orientation psychanalytique. Cette approche accorde une place centrale aux processus de symbolisation (R. Roussillon, 1995, 2000) qui constituent l'axe principal de cette recherche et la base de mes hypothèses de travail. Dans ce sens, R. Roussillon (2000) ¹¹ considère la symbolisation comme :

« Le processus de mise en forme, en représentation et en sens de l'expérience subjective vécue, elle est le résultat du travail de la psyché pour tenter de métaboliser ce à quoi elle se trouve, du dedans ou du dehors, à partir de la pulsion ou en provenance des objets, de fait confrontée dans le décours de la vie psychique. Ce travail est nécessaire aussi bien à l'appropriation subjective de l'expérience vécue qu'à son intégration au sein de la subjectivité, il commande celles-ci, il en représente la première condition de possibilité ».

Cette définition met en évidence l'importance de la construction du sujet, de son histoire, de sa subjectivité. Ainsi, la symbolisation se fait par appropriation de l'expérience. Cependant, la représentation d'un objet dépend aussi du contexte culturel auquel appartient le sujet. Cette appartenance montre la complexité des liens entre le sujet et sa culture, et plus précisément des liens intra et intersubjectifs du « *sujet social* ». La prise en

¹⁰ Didier Anzieu, *Le corps de l'œuvre*. Paris, Gallimard, 1981, 377 p.

¹¹ René Roussillon, Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence. *Adolescence*, Monographie de la Société Internationale de Psychiatrie de l'Adolescent, Les Editions du GREUPP, 2000, pp. 7-23.

compte des relations entre sujet et culture conduit à s'intéresser à l'approche « *clinique culturelle* » du sujet.

Dans une approche normale, la symbolisation peut être saisie par la représentation ou plus précisément la présentification d'un objet (événement, fait, etc.). En ce sens, le travail de rappel, de mémoire utilisé dans la vie quotidienne est un travail de représentation. Mais dans certaines sociétés –comme on le verra à partir du matériel clinique –la spécificité est que les représentations portent sur des contenus culturels précis qui sont des valeurs de la société. Il paraît important de saisir ces contenus, en essayant de comprendre comment ils sont symbolisés.

En revanche, d'un point de vue pathologique, à partir des représentations chez les sujets souffrants, on peut observer une difficulté à symboliser (secondairement ou principalement). En prenant le cas le plus extrême qui est celui de la psychose, sa clinique montre qu'il existerait un défaut de symbolisation, c'est-à-dire que les matériaux utilisés ne le sont plus selon leur sens logique. Il y aurait une difficulté à utiliser la métaphore par le sujet (J. Lacan, 1981)¹².

Même si tous les cas rencontrés dans cette recherche ne sont pas des psychotiques, on peut noter des difficultés de symbolisation liée à la souffrance des sujets. En prenant l'exemple du cas de Martine¹³ qui, confrontée à ses troubles psychosomatiques, va attribuer l'origine de sa souffrance à la sorcellerie de son oncle. Dans ce sens, on interrogera les représentations utilisées par les patients afin de comprendre comment elles sont symbolisées et comment elles interviennent dans l'histoire de leur subjectivité.

Ainsi, la prise en compte de deux approches : l'une psychosociale et l'autre clinique permet de parler d'une approche dite « *complémentariste* » à laquelle faisait allusion G. Devereux (1972)¹⁴. Cette approche consiste à mettre en relation le fait psychique et le fait culturel. Dans cette perspective, on constate un renversement épistémologique. Contrairement à certaines recherches qui privilégient une approche par rapport aux autres, le choix a été fait pour tenir compte de toutes les approches pouvant aider à comprendre les processus de symbolisation, objet de cette recherche. Et ne pas en tenir compte constituerait un risque dans l'avancée méthodologique et dans la compréhension de l'objet de la recherche.

Dans le cadre de cette recherche, trois objectifs seront poursuivis. Ces objectifs reposent sur trois niveaux principaux intimement liés, à savoir les niveaux théorique, méthodologique et pratique.

Au niveau théorique, cette recherche se donne comme un des objectifs de tenter de mettre en relief les différentes formes de symbolisation en relation avec une culture particulière.

Au niveau méthodologique, en s'intéressant aux représentations, cette recherche

¹² Jacques Lacan, Les psychoses. *Le Séminaire III*, Paris, Edition du Seuil, 1981, 362 p.

¹³ Voir Chapitre 3, dans la deuxième partie : Illustrations cliniques.

¹⁴ Georges Devereux, *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves*. Paris, Synthélabo, 1996, 920 p.

permettra d'articuler les techniques quantitative (questionnaire) et qualitative (entretien, méthodologie projective), dans une sorte de complémentarité. L'objectif de ce dispositif méthodologique est de comprendre comment les représentations culturelles recueillies à partir des questionnaires peuvent confirmer au niveau du Rorschach ou du TAT. Dans ce sens, quels relations, certaines réponses crédules données au questionnaire peuvent-elles avoir avec les réponses comme « *prières* », « *chauve-souris* » données au Rorschach par exemple ?

Ainsi, un des objectifs de ce travail sera de lier les outils utilisés en les rendant complémentaires. Tenir compte des méthodes (parfois contradictoires en apparence) pour saisir l'objet de recherche constitue un nœud essentiel pour cette recherche. Pour cela, l'utilisation de la méthodologie projective (Rorschach et TAT) va aider à mettre en place ce dispositif pouvant saisir cette symbolisation.

Au niveau thérapeutique, même si l'approche thérapeutique paraît beaucoup plus compliquée à réaliser, l'objectif est d'arriver à prendre en compte le fait psychique dans son contexte d'apparition, en rapport avec le fait culturel. Ce qui implique une certaine collaboration entre les thérapeutes (traditionnels et modernes) dans la prise en charge des patients. Par exemple, dans le maniement de l'agressivité observé au Rorschach du cas Thomas¹⁵, on peut noter que la « *prière* » a pu avoir un effet sur le sujet. Dans ce cas, comment concilier les prises en charge psychologiques et celles appartenant aux croyances traditionnelles ou spirituelles ?

Cette recherche comporte trois parties principales. La première porte sur les aspects théoriques et méthodologiques ; elle comprend cinq chapitres. Dans le premier chapitre, il s'agit de présenter quelques approches préliminaires sur les représentations de la maladie mentale. Dans les deuxième et troisième chapitres, seront définies la problématique de la symbolisation, avec ses différents niveaux et la question de la représentation, notamment les notions de répétition et de lien qui la sous-tendent. L'objectif est d'essayer de faire le lien entre la représentation de la maladie mentale et la symbolisation. Dans le quatrième chapitre, il sera question de formuler exactement la problématique, ainsi que les hypothèses de travail. Enfin, dans le cinquième chapitre, il s'agira de décrire et d'analyser le dispositif méthodologique utilisé pour saisir l'objet de recherche.

La deuxième partie sera à la présentation des données cliniques. Cette partie comprend trois chapitres. Le premier s'intéressera aux représentations culturelles, notamment aux différentes formes de croyances utilisées et leur répartition dans la société. Sur la base d'un exemple de représentations culturelles, à savoir les croyances à la sorcellerie, le deuxième chapitre tentera de comprendre les processus de symbolisation à l'œuvre dans les croyances. Au troisième chapitre, après avoir saisi l'approche psychopathologique des sujets, il s'agira de mettre en relation l'utilisation des représentations culturelles en rapport avec leur souffrance. Puis, à partir de la méthodologie projective (Rorschach et TAT), il s'agira de saisir les différentes symbolisations liées aux croyances des sujets et leurs significations.

¹⁵ Voir II^{ème} partie Illustrations cliniques, chapitre 3.

La troisième partie portera sur la construction de quelques modélisations, en ce qui concerne l'approche psychodynamique des représentations en clinique interculturelle, et cela, sur la base de la confrontation entre la clinique et la théorie. Cette partie comprend quatre chapitres. Le premier chapitre s'intéressera à la méthodologie projective comme lieu d'expression et d'implication du chercheur dans la symbolisation. Il s'agira de tenir compte de l'approche du matériel projectif qui a été utilisée dans un contexte culturel, en insistant sur les modes de passation et ses effets. Dans le deuxième chapitre, il s'agira de mettre en relief les processus de répétition et de lien qui sous-tendent les représentations de la maladie mentale. Le troisième chapitre portera sur l'approche psychodynamique de représentations en clinique interculturelle. Et cela, sur la base des modèles phénoménologiques et culturels, tout en proposant des styles de symbolisation. Et le quatrième chapitre s'intéressera à une discussion générale de la clinique présentée. C'est-à-dire qu'à partir des hypothèses proposées, il convient de donner des pistes de réflexion pour la construction d'une approche clinique interculturelle du fonctionnement psychique, pour la compréhension des représentations de la maladie mentale et l'utilisation des thérapies dans la société gabonaise.

Au niveau de la conclusion, il s'agira d'évaluer les pistes proposées, d'apprécier les apports et les limites, et d'envisager les perspectives.

PREMIERE PARTIE : APPROCHES THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES. Représenter et symboliser.

Chapitre 1. Représentations de la maladie mentale et thérapies au Gabon.

Cette partie porte sur le dépouillement et l'analyse des réponses liées aux entretiens préliminaires. Ces entretiens ont permis de mettre en relief les principales représentations de la maladie mentale au Gabon, les relations existant entre certains facteurs étiologiques et les différents systèmes de soins. Pour cela, il convient d'abord de m'intéresser la question de la maladie mentale. Ensuite, je parlerai des différentes représentations selon les différentes conceptions existant au Gabon.

1. Représentations de la maladie mentale

Dans cette partie, je présenterai les différentes représentations de la maladie mentale au

Gabon. Ces représentations reposent sur des modèles d'interprétation. Sur la base des enquêtes menées sur le terrain, il convient de noter trois grands ensembles de représentations reposant sur trois grands modèles, à savoir le modèle moderne, le modèle spirituel et le modèle traditionnel. L'objectif n'est pas de décrire de façon exhaustive toutes ces représentations et modèles, mais de donner un aperçu de ces représentations et de voir comment elles s'articulent dans la société.

1.1. Les représentations modernes

Dans la société gabonaise, certains individus se représentent la maladie mentale comme le résultat ou la conséquence d'un dysfonctionnement du cerveau, une maladie des nerfs. Ce qui pour conséquences chez le sujet la perte de la raison, de la mémoire ou les problèmes intellectuels rencontrés. En tenant compte du cerveau comme origine de la maladie mentale, ces individus reposent leur explication sur l'aspect organique. Il s'agit du modèle bio-physico-chimique se caractérisant par l'utilisation des psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, etc.) qui vont sur le système nerveux du patient. Il s'agit du modèle psychiatrique. Ce modèle est dit moderne car il a été introduit récemment dans la société gabonaise. Mais quelle est son origine et son développement ? Comment s'inscrit-elle dans la culture gabonaise ?

Le système importé de l'Occident repose sur les consultations psychiatriques dont il me semble nécessaire de rappeler l'historique du service de psychiatrie, afin de situer le début de l'influence de la psychiatrie occidentale au Gabon. En effet, comme dans la plupart des pays africains, l'origine de la psychiatrie occidentale se situe vers la fin des années 50¹⁶. A cet effet, à cette époque existait-il déjà dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Libreville (C.H.L.) quelques cellules d'isolement qui avaient pour objectif de « caserner » les patients. Par ailleurs, il existait aussi une sorte de « fosse » dans laquelle étaient parqués des patients, fosse qui avait servi de prison à l'époque coloniale. C'était le « *cabanon* », un endroit où était gardé les « fous ». A ce temps, la santé mentale ou les problèmes psychiatriques étaient traités par un médecin généraliste.

Ce n'est que vers la fin des années 70 (1976) que le « *cabanon* » devient le « *service de neuro-psychiatrie* », un service de la médecine. Ce changement d'appellation est dû à l'arrivée d'un médecin psychiatre français, suivi plus tard de trois infirmiers spécialisés en psychiatrie en provenance de Dakar. Ce qui avait eu aussi un retentissement au niveau des infrastructures. Selon N. Mespoulhes (1979, 181)¹⁷ :

« le service de neuropsychiatrie était toujours situé dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Libreville. Il était vu de l'extérieur comme un « blockhaus » : le mur d'enceinte était soigneusement cadenassé. A l'intérieur et au centre, un emplacement contenait des matelas en mousse sur lesquels s'empilaient les fous hospitalisés. Au fond, six cellules individuelles dont cinq recevaient à des fins d'isolement, les plus agités, la

¹⁶ Jacques Alain Bitsi, *L'hôpital psychiatrique de Mélen : l'institution morcelée*. Libreville, Université Omar Bongo, Rapport de stage de Licence de Psychologie, 1997, 15 p.

¹⁷ Nadine Mespoulhes, Folie et culture : l'exemple du Gabon. *Ethnopsychiatria*. Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1979, n° 22, pp. 179-209.

sixième de bureau à l'infirmier major ».

Suite à la modernisation, et certainement à l'affluence des malades mentaux, ce service a été détaché, tant du point de vue matériel qu'administratif pour devenir un hôpital spécialisé à part entière, avec des nouveaux locaux.

En 1982, est créé un hôpital psychiatrique, suite à l'aménagement d'un nouveau site et à la construction de nouveaux bâtiments, situé à Mélen, à 13 Km de Libreville. Cet hôpital se situe dans l'enceinte de l'ancien Camp réservé aux réfugiés de la guerre du Biafra (Nigeria), derrière l'hôpital Provincial de l'Estuaire, avec lequel il est délimité par une grande barrière faisant barrage avec l'extérieur. C'est un univers excentré. Sa situation géographique avait été choisie comme facteur de « *guérison* » dans le calme. Il s'agit plus d'un facteur d'isolement et de mise à l'écart de la société.

Depuis 1997, un grand local qui fait office de bureau administratif a été construit. Malgré les difficultés liées à la gestion de l'établissement (financières, flux migratoire, matérielles, etc.), cet hôpital essaie de s'imposer dans le paysage gabonais. Après quelques années de tâtonnements et de délaissement liés à sa méconnaissance, l'hôpital psychiatrique de Mélen voit, de nos jours, son affluence augmenter. Sa fréquentation est passée d'une dizaine de consultations environ en 1997 à près de 2000 consultations en 2004. Et voit sa capacité d'accueil passer d'une cinquantaine de lits à près d'une centaine.

Un état des lieux permet de rappeler que l'hôpital psychiatrique de Mélen est le seul hôpital du Gabon en matière de santé mentale. Il est le seul endroit où sont évacués tous les malades mentaux provenant de toutes les neuf provinces du Gabon. Dans chaque province, lorsqu'un « *fou* » est arrêté, il est conduit en prison ou à l'hôpital, selon son caractère agressif et en attendant son évacuation sur Libreville, le seul endroit où il peut subir quelques soins. L'autre endroit où il existe une prise en charge psychiatrique est l'hôpital Schweitzer de Lambaréné. Cet hôpital a un mode de fonctionnement privé lié à une O.N.G. internationale poursuivant l'œuvre laissée par le Docteur Albert Schweitzer qui en fut le créateur.

Un autre itinéraire thérapeutique est emprunté par les malades. Il s'agit des thérapies dites spirituelles véhiculées par l'existence des représentations spirituelles.

1.2. Les représentations « *spirituelles* »

L'existence des églises au Gabon a permis le développement de certaines représentations sur la maladie mentale. En effet, de l'ensemble des entretiens menés, il convient de noter que, pour les chrétiens, la maladie mentale en particulier est le résultat du péché. Ces représentations sur la maladie mentale sont dites aussi modernes car de la même façon que la médecine, les responsables de cette approche, à savoir les églises, se sont récemment installés au Gabon. Quelle est l'origine de ces représentations ? Sur quoi reposent-elles ? Quelles relations existe-t-il avec le fonctionnement psychique ?

Pour les Occidentaux, n'est considérée comme religion que le christianisme car ayant un corps constitué et digne d'être enseigné. Et c'est dans ce sens que le christianisme a conquis le monde dans le but d'évangéliser et d'apporter la « civilisation. Arrivant dans les nouveaux mondes (Afrique en particulier), le premier objet était de supplanter toutes les

religions traditionnelles existant. Ce qui a eu pour conséquences aujourd'hui, notamment l'effritement et la disparition des religions traditionnelles. Mais comment s'est alors faite cette implantation ?

C'est au IV^{ème} siècle que commença la première christianisation de l'Afrique. Mais il faut attendre le XVI^{ème} quand les Portugais débarquèrent sur le Golfe de Guinée (particulièrement en Angola) pour christianiser l'Afrique noire. A partir de cette période, il y eut une grande campagne de conversion, notamment celles des élites. L'enjeu de la conversion fut une grande augmentation de la capacité de domination des élites sur le monde paysan. La distance entre élites et dominés (par la langue portugaise) et l'établissement des villes puissantes montrèrent que le christianisme fut un outil de pouvoir. Ce qui incita alors les élites à la conversion.

Au début du XVIII^e siècle, quand les Portugais devinrent rares, le christianisme continua sans les missionnaires. Le christianisme devint alors un outil puissant créatif. Certaines personnalités locales l'utilisèrent à leurs fins. En mettant l'accent sur certains éléments de l'Ancien Testament ou des Actes des Apôtres, ils mirent l'accent sur le Saint-Esprit, l'exorcisme, l'imposition des mains, etc. La réceptivité ne fut donc pas passive, mais il y eut un tri, parfois même un contournement et des phénomènes de syncrétisme. Et au nom du christianisme, les missionnaires et les élites converties participèrent à la destruction des croyances traditionnelles.

A partir des années 20 et 30, on voit apparaître une autre forme de christianisme en Afrique qui a des relations avec des croyances traditionnelles. Il s'agit du « *messianisme* » africain au Congo. Un peu plus tard, dans les années 40, il y a eu aussi au Congo Brazza, en Côte d'Ivoire ce même syncrétisme. Au Gabon, comme ailleurs en Afrique, c'est dans les années 80 qu'on va noter une émergence des « *églises nouvelles* » qui seront d'abord considérées comme des « *sectes* » (selon le langage local), pour ensuite être acceptées.

Les nouvelles églises insistent sur la puissance extraordinaire du Saint-Esprit et la dimension miraculeuse de la religion. Elles se caractérisent par la « *diabolisation* » du non converti (catholique compris) qui relèverait du diable. Se convertir est alors une « *renaissance* » impliquant des comportements rigoureux et une vie dans la foi de manière pratique pour vivre la « *foi des origines* ». Les thèmes majeurs de ces églises nouvelles sont la guérison, l'évangélisation, la prospérité (la pauvreté étant un signe du diable).

Dans cette perspective, la religion joue et continue à jouer un rôle très important au Gabon. Sur les plans socio-économique et relationnel, ces religions ont réussi à mettre en place des systèmes d'entraide, de charité sur la base des cotisations apportées aux églises (dîmes) par les fidèles. Ce qui permet alors parfois d'aider les plus démunis. De même, le système de relations mis en place permet aux fidèles de se sentir « *frère et sœur en christ* ». A tel point que les relations familiales ou parentales existant ou n'existant plus chez certains ont laissé la place à ces nouvelles relations. Ainsi, il y a une nouvelle parenté qui se crée, à savoir celle basée sur l'appartenance à la même église. Ces relations de parenté sont de plus en plus renforcées quand certains fidèles ont des difficultés (deuil, maladie, accident). Pour cela, ils sont soutenus par toute leur

communauté, parfois même pris en charge (matériellement).

En agissant sur ces terrains, ces nouvelles églises, de par leur idéologie, ont favorisé un rapprochement avec la population. C'est le cas dans les demandes de guérison ou certaines phases difficiles de la vie des fidèles. Il s'agit des « *églises d'en bas* ». Dans cette perspective, les religions traditionnelles considérées comme diaboliques et pratiquant de la magie noire sont délaissées. Cette situation participe à l'érosion et à la disparition des religions traditionnelles, et surtout avec tout ce qu'il y a de folklorique. Ce qui m'amène à me demander si la place laissée par les croyances traditionnelles et qu'occupent les nouvelles églises est liée à la modernité de la société gabonaise ou à l'inefficacité de ces croyances.

Si les missions (sur les plans socio-économique et moral) défendues par ces nouvelles églises sont nobles, cependant, il n'en est pas tout autant sur le plan individuel. Car en effet, la religion, notamment le christianisme repose sur une conception judéo-chrétienne tournant autour du Bien et du mal. Le vécu d'une foi des origines prôné par ces nouvelles églises entraîne un ensemble de comportements très rigoureux dans la pratique. Pour cela, il faut un respect de la « *parole de Dieu* » (Bible). Tout écart ou non respect de la parole entraînerait le péché, le mal. Or, c'est cette notion de foi qui favorise la guérison. Chaque individu va alors tout faire pour respecter et mettre en pratique cette parole, en toute âme et toute conscience.

Ainsi, l'objectif de ce rappel est de montrer comment l'Eglise aussi a participé à la dégradation des croyances traditionnelles qui existaient dans la société, notamment l'application des principes religieux et surtout par la « *diabolisation* » de ces croyances dites traditionnelles.

Au-delà des thérapies psychiatriques et spirituelles, il existe un troisième système de thérapies dit traditionnel à laquelle, on va maintenant m'intéresser.

1.3. Les représentations « *traditionnelles* »

Dans la société gabonaise, l'interprétation de la maladie mentale repose aussi et surtout sur différents modèles « *traditionnels* » de pensée. De ce fait, chaque forme de maladie correspond à un modèle particulier de pensée. Quelle est cette classification ? Qu'est-ce qui caractérise les différents systèmes de soins correspondant à ces différentes formes de maladie, et plus particulièrement de la maladie mentale ?

La diversité culturelle liée à la multiplicité d'ethnies n'entraîne pas forcément une grande diversité au niveau de certaines conceptions, vu l'appartenance à un même ensemble culturel qui est le groupe *bantou*. Pour cela, qu'il s'agisse du peuple *Fang* du nord ou *Vili*¹⁸ du Gabon, les maladies se classent en deux catégories, à savoir les maladies naturelles et les maladies non naturelles¹⁹ ou provoquées.

¹⁸ Le Fang et le Vili sont des langues parlées au Gabon. Le Fang s'étend du nord du Gabon (aux frontières avec la Guinée équatoriale et le Cameroun), jusque vers la région Centre. Alors que le Vili est parlé dans le sud du Gabon jusqu'à la frontière avec le Congo.

¹⁹ Jean-Marie Hombert et Lolke Van der Veen., Maladies, remèdes et langues en Afrique Centrale, in *Pholia*, Vol. 9, 1994.

1.3.1. Les maladies « *naturelles* »

Les maladies « *naturelles* » sont dites aussi maladies « *banales* » ou encore « *maladies de dieu* ». Elles comprennent toutes les maladies bénignes se caractérisant par leur facile guérison. Ce sont les maladies qui touchent l'enveloppe du corps. C'est le cas d'une épidémie de grippe, maux de tête, diarrhées, toux, fracture d'un membre, etc. dont la cause est en relation avec l'environnement. Ce genre de maladies nécessite le recours à la médecine de base²⁰. La plupart des maladies qui sont soignées par la médecine occidentale appartiennent à cette catégorie des maladies banales ou naturelles.

En revanche, certaines maladies venant de Dieu sont le résultat d'une punition ou d'un message. Dans le cas de la punition, les sujets naissent avec des maladies qui sont incurables. Il s'agit des punitions liées à des fautes à l'égard de Dieu qui, bien que se caractérisant par sa bonté, peut parfois punir. Ces maladies ne se soignent pas. Ce sont des « *maladies de Dieu* ». Ces maladies sont parfois le résultat d'une longue génération et se retrouvent chez les descendants. Certaines de ces maladies sont héréditaires.

1.3.2. Les maladies « *non naturelles* »

Ce sont les maladies qui atteignent le tonus vital de l'individu. Elles sont d'origine sociale, religieuse ou magique. Ces maladies non naturelles ont une attention particulière dans la société gabonaise. Elles sont d'origines très variées. Si dans le temps, ces maladies étaient la conséquence de la violation des interdits (ancêtres, esprits, génies), actuellement, elles sont aussi le résultat de nuisance d'une personne : le sorcier dont l'objectif est de nuire au bon équilibre du groupe ou d'un individu appartenant à ce groupe. A partir de ses pratiques magiques, le sorcier a le pouvoir de donner la maladie, de tuer en jetant des mauvais sorts.

1.3.2.1. Les maladies provoquées par la violation d'un interdit

En s'intéressant aux interdits dans la société gabonaise, cela me permet aussi de comprendre la conception de la maladie. En effet, ce qui est interdit, c'est-à-dire ce qui est prohibé, a une grande importance morale, psychologique et sociale dans la société gabonaise. Ces interdits constituent des normes de vie sociale. Pour cela, il convient de noter qu'il existe des interdits moraux et des interdits alimentaires. Les interdits constituent alors des normes sociales des individus. Aller en l'encontre des ces interdits est une grande « *faute* »²¹ pouvant entraîner un déséquilibre du groupe, notamment des maladies. En effet, la transgression des interdits ou des tabous entraîne des sanctions se manifestant par un ensemble de troubles, notamment mentaux.

Ces interdits peuvent avoir des conséquences sur le plan psychologique. Parmi les interdits, il y a ceux liés aux génies, aux esprits. Elles sont aussi d'ordre clanique, totémique.

²⁰ Voir paragraphes sur les thérapies.

²¹ Léon Matangila, *La catégorie de la faute chez les Mbala (Bantous)*. Paul Ricoeur en question. Paris, L'Harmattan, 2000, 384 p.

1.3.2.2. Les maladies dues aux génies

Ces maladies sont provoquées par des êtres surnaturels ou génies (*mamywata*, *mbumba*, etc.) vivant dans la brousse. Elles touchent généralement les femmes et se manifestent par des transes. En effet, au cours de ces moments de transe, les personnes sont sous l'influence des génies ou communiquent avec eux. Il s'agit des cas de possession. L'origine de la maladie est liée à la violation d'un interdit. Parfois, elle peut être liée au choix par des génies. A cet effet, convient-il de noter deux phases chez la personne choisie.

Au début, la personne est d'abord considérée comme malade. Ensuite, la guérison par son initiation au culte du génie en question entraîne l'intégration de la personne dans la communauté des initiés ou des « *élues des génies* ». En ce moment, la personne n'est plus considérée comme malade, mais un porte-parole des génies auprès des humains. Pourtant, elle présente toujours les mêmes caractéristiques qu'un malade, à savoir les transes, la possession par les esprits.

1.3.2.3. Les maladies dues aux esprits

Le monde des esprits comprend tous les esprits des membres défunts du clan. C'est le « *monde des disparus* ». Il existe deux catégories des esprits : les esprits bienfaiteurs qui sont les ancêtres dont le rôle est de participer aux entreprises de leurs descendants et les « *esprits du mal* » qui sont à l'origine des maux et des mystères auxquels l'homme est confronté. Ces esprits sont ceux des individus qui ont été tués en sorcellerie. Ils sont aussi appelés « *revenants* ».

Les actions des esprits dans la vie quotidienne sont très nombreuses. Leur influence peut entraîner des maladies, parmi lesquelles les maladies mentales qui se caractérisent par des comportements étranges, à savoir des courses effrénées du malade dans la brousse, le déambulement, la dénudation, etc. L'une des causes principales est la violation d'un interdit. Il s'agit d'un interdit lié à l'espace où certains lieux (les alentours des cimetières) sont à éviter. Il peut s'agir aussi d'un interdit lié au temps (crépuscule, nuits sans clair de lune, etc.) où certains moments demandent des abstinences. L'histoire qui suit rapportée par E. Ibamba (1984, 185-186) montre l'influence des esprits dans l'apparition de la maladie mentale :

« *Un Punu de Mouila travaillait depuis plusieurs années à Moanda en qualité de chauffeur de camion. Il épousa une femme de la région (Haut Ogooué), avec qui il eut quatre enfants. Esseulé, victime de la nostalgie sans doute, il pensa que le moment était venu de présenter à ses parents non seulement sa femme, mais aussi ses enfants. La femme n'y voyait aucun inconvénient d'autant plus qu'elle rêvait ce moment depuis longtemps. Et surtout que les femmes adorent connaître leur belle-famille. Le moment était propice car le mari bénéficiait des congés annuels. Il était donc question de les passer à Mouila. La petite famille s'embarqua à bord d'un petit appareil de la Compagnie Gabonaise de Transport Aérien (Transgabon). Arrivés à Mouila, le parcours aérogare-centre ville n'étant pas desservi, le mari pria sa femme de l'attendre à l'aérogare prétextant qu'il allait en ville chercher un véhicule qui viendrait les prendre. La femme*

attendit deux heures, puis trois heures. Au bout de la quatrième heure, elle commençait à perdre patience. Au moment où un camion qui était venu livrer de la marchandise s'apprêtait à retourner en ville, Mme Dirambe demanda au chauffeur s'il pouvait la conduire, elle et ses enfants, au centre ville. Le chauffeur de camion accepta. Arrivée chez les parents de son mari, elle questionna les membres de sa belle-famille pour savoir où était passé son époux. Elle remarqua que les gens la regardaient d'un air bizarre. Ils avaient l'air de la prendre pour une folle. Une vieille femme, probablement la mère de son « mari » s'approcha d'elle, et lui demanda de raconter son histoire. Sur la grande place du quartier, il régnait un silence de mort. Après qu'elle eut raconté son aventure, la vieille dit à l'épouse infortunée : « c'était mon fils, il est mort depuis dix ans ». Ebêtée, la malheureuse épouse devint comme folle. On la calma et elle réalisa alors qu'elle avait épousé un mort. Dans tout le quartier, ce fut la consternation. La nouvelle se répandit si vite que les gens accouraient de partout pour voir la femme et les enfants d'un homme décédé de longues dates ».

Cette histoire montre l'influence que peut avoir un esprit dans l'apparition de la maladie chez un individu. Il s'agit de l'esprit d'un individu qui a été tué en sorcellerie. La rencontre d'un esprit par une personne connaissant le défunt peut entraîner aussi des mêmes problèmes. Même s'il est rare que cela se passe. Les cas les plus courants sont l'impossibilité pour un individu de vivre en paix lorsqu'il est persécuté par un esprit de ce genre. Si c'est une femme, elle peut se surprendre en train de se faire l'amour par l'esprit, s'il s'agit de l'esprit d'un homme. Elle constate la présence d'une autre personne dans la maison. Cette persécution n'est pas sans dommages, car elle peut conduire jusqu'aux troubles de folie de la personne.

De même, l'esprit du mort peut s'installer dans le corps du vivant et agir à sa place. C'est la possession par les esprits ou l'envoûtement. Par ailleurs, l'utilisation maléfique des ossements d'un ancêtre peut conduire à la mort ou à la folie d'un individu.

1.3.3. Les maladies liées aux lois totémiques et claniques

Dans la société gabonaise, il existe un ensemble de maladies qui sont liées au non-respect des totems et à la transgression des lois claniques.

Le totem est un animal symbolisant un groupe donné, un clan. Il peut être un animal, un oiseau, un objet, une plante, etc. représentant l'ancêtre mythique, le premier fondateur du clan. Dans la société gabonaise, beaucoup d'animaux sont considérés comme des totems : le perroquet, la panthère, la perdrix, le chimpanzé, etc. Etant l'ancêtre mythique du clan, l'animal ne peut être ni tué, ni mangé. Le non-respect du totem est à l'origine d'un ensemble de maladies qui se présentent sous forme de maladies naturelles. A cette différence qu'elles sont d'origine mystique. Ces maladies se caractérisent par les maladies de la peau (gale). Elles se présentent aussi sous forme de malchance, d'infortune. Ces interdits sont généralement d'ordre alimentaire.

Le lien clanique réunissant les différents membres d'un groupe se caractérise non seulement par la protection de l'animal totem, mais aussi par le respect de l'inceste qui recommande une interdiction des relations sexuelles entre les différents membres appartenant au même clan. Contrevenir à cet interdit clanique peut entraîner un ensemble

de maladies qui sont considérées comme des punitions. A cet effet, existe-t-il plusieurs sortes de maladies, à savoir la maladie du *ngii*, *so*, *melan* chez les *Fang*.

1.3.4. Les maladies provoquées par la sorcellerie ou « maladies mystiques »

Le phénomène de la sorcellerie est très répandu dans la société gabonaise. Beaucoup de personnes se sentent victimes de ce phénomène. Elles se disent être « mangées mystiquement ». Les maladies liées à la sorcellerie concernent aussi celles liées aux envoûtements. Le malade se caractérise par sa maigreur et le manque de force. Pour d'autres, il est vidé de sa substance vitale. Ainsi, le caractère naturel ou non de la maladie dépend de la façon dont elle a été contractée. En fonction de ces deux classes, peut se révéler la gravité de la maladie. Plus la maladie est provoquée, plus elle nécessite la mise en œuvre des moyens humains, matériels et thérapeutiques.

Si l'identification de la maladie obéit à des schémas sociaux, il en va de même pour le traitement qui utilise les mêmes schémas. Ces différents modèles étiologiques sur l'interprétation de la maladie mentale peuvent être regroupés en deux logiques ou schémas qui sont des « logique de références ». F. Laplantine (1986)²² parle de deux groupes de modèles utilisés pour la représentation de la maladie : « exogène » et « endogène ». Ces différentes représentations de la maladie font appel à un ensemble de systèmes de soins s'organisant autour de plusieurs pratiques thérapeutiques traditionnelles.

2. Utilisation des thérapies au Gabon

Des résultats de la pré-enquête sur l'utilisation des thérapies et sur l'impact du modernisme sur ces thérapies au Gabon, on peut noter plusieurs observations, à savoir qu'il existe trois systèmes principaux de soins.

2.1. Les prises en charge occidentales

En ce qui concerne la prise en charge occidentale de la maladie mentale, elle reste psychiatrique, c'est-à-dire basée sur l'usage des médicaments. Pour cela, trois psychiatres assurent les consultations et prescrivent les traitements à suivre. Et deux, dans le cadre du service public. Tandis que le troisième assure les services dans un centre de soins de la place, à titre privé. Au-delà de cette prise en charge médicamenteuse, deux psychologues cliniciens assurent les consultations et le suivi des psychothérapies de soutien, analytique, familiale, etc.

Cependant, si ces prises en charge peuvent s'appliquer à certaines pathologies connues du monde occidental, qu'en est-il de la relation qui peut exister entre ces thérapies occidentales et les maladies dites culturelles basées sur les croyances ? Quelle collaboration peut-il exister entre le système traditionnel et le système occidental ? Ainsi, de nos jours, si la maladie mentale a toujours bénéficié d'une interprétation persécutive, et

²² François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Paris, Payot, 1986, 411 p.

dont le premier recours est le *nganga*, force est de constater que le service de psychiatrie devient un lieu très investi par certains et pour d'autres le dernier recours de la population, certainement excédée par le développement du charlatanisme et des démarches infructueuses auprès des *nganga*.

2.2. La prise en charge spirituelle

Des entretiens obtenus avec les pasteurs, les prêtres, il ressort que la prise en charge spirituelle repose sur une technique essentielle, à savoir la prière.

En effet, après avoir reçu le malade et sa famille, le thérapeute spirituel essaie de situer l'origine de la maladie chez le sujet, en tenant compte de son environnement social et familial. Lorsque le malade ne peut s'exprimer suite à la dégradation de son état de santé, c'est la famille qui sert de relais. Et en fonction de son état, le thérapeute va choisir la technique thérapeutique appropriée. C'est ainsi que peuvent s'organiser des « *séances de délivrance* » qui sont des réunions de prière spéciales. Celles-ci sont valables par exemple pour les cas de possession par les mauvais esprits qui conduisent l'individu dans les comportements de folie. Certains, à savoir les Catholiques, parlent d'exorcisme. A ce niveau, certains thérapeutes utilisent aussi l'« *imposition des mains* ». Dans le groupe délivrance, chaque membre a un rôle bien précis.

La prière permet au malade d'être en relation avec Dieu. C'est la raison pour laquelle il lui est recommandé de la faire. Certains conseillent l'utilisation de l'eau bénite que le malade doit asperger dans la maison ou utiliser comme boisson. Chaque thérapeute y va de sa technique, en fonction de son inspiration. C'est le cas par exemple du Père Nicolas qui utilise la « *croix* » dans sa pratique thérapeutique. En effet, selon la gravité du mal, la croix va dégager une chaleur sur un endroit du corps ou sur tout le corps. Cette croix constitue un instrument de diagnostic. Si elle brûle, la personne est malade avec une origine mystique. Le Père Nicolas raconte l'histoire d'un cas qui lui a été amené récemment :

« Un jour, une maman m'apporte son enfant de 10 ans en disant : « mon père, il faut que vous m'aidiez. Mon fils est fou, il faut lui imposer la croix. Il est possédé. Alors, j'explique à l'enfant : « papa, la croix brûle. Si elle te brûle, reste tranquille ». Je mets la croix sur la tête, la poitrine, aux oreilles, au dos, aux pieds, etc. rien. Je lui demande si ça ne le brûle pas, la réponse était non. La mère qui semblait de bonne foi dit : « on ne sait jamais, mon père, il faut me poser la croix ». Dès que je pose la croix sur la mère, elle crie : « mon père, ça brûle ». Alors, le petit fait une réflexion : « c'est toi qui est possédée, la croix t'a prise ». A partir de là, j'avais commencé des séances de prières avec les deux ».

Cette femme qui visiblement avait des problèmes ne s'était pas rendue compte. Elle pensait que c'était son fils qui les avait. Ainsi, la délivrance, la prière, l'utilisation de l'eau bénite en guise de protection nécessite un minimum de croyance ou de foi de la part du malade ou des thérapeutes. Car sinon comment comprendre que la simple prière ou la simple boisson d'eau bénite puisse guérir ?

2.2.1. Foi et fonctionnement psychique

En tant que forme de croyance, la foi est un mécanisme mental. Elle implique alors chez le sujet un travail psychique. Ainsi, quelle est son influence sur les phénomènes de guérison qui en découlent ? Quelles relations peut-il y avoir les comportements pathologiques de certains sujets ?

2.2.1.1. Foi et guérison

Dans ses travaux, E. de Rosny (2002)²³ essaie de ressortir les relations qui existent entre foi et guérison. Pour l'auteur, la guérison repose sur un point essentiel qui est la foi. Il s'agit de la foi des membres de la famille accompagnant le malade, la foi du patient et la foi du groupe de délivrance. Mais quelle relation la foi peut-elle avoir avec le fonctionnement psychique ? Quel est son impact sur la guérison du patient ?

Voici un cas de paralysie que raconte le Père Nicolas :

« Il s'agit d'un patient qui était paralysé depuis environ 6mois. Lorsque je lui rends visite pour la première fois, je le trouve les deux pieds suspendus ; il ne sentait plus rien lorsqu'on touchait ses pieds ; il fallait le porter pour le laver et faire ses selles, etc. Il attendait simplement son évacuation en France le lendemain pour y subir une opération. Avec la croix, j'ai permis de diagnostiquer si la maladie était naturelle ou pas. Quand je pose la croix sur sa tête, il sent une grande brûlure en poussant des cris ; tout le corps brûlait. J'avais compris de quoi il s'agissait. J'ai dit à la famille présente que je ne peux pas donner l'auteur de cette maladie car je ne suis pas ngangá, mais cette maladie n'est pas naturelle ; elle est d'origine mystique. Et je leur ai dit que si Paul était évacué, il ne guérirait pas. J'ai demandé alors à la famille un mois de prière . Et la famille venait tous les jours de la prière à la maison du patient. Le dernier jour du mois, j'arrive et je pose la croix sur Paul, il chauffait toujours. J'étais surpris. J'ai demandé à Dieu de manifester sa gloire. Tout d'un coup, Paul s'est levé et a dit à sa femme et toute sa famille présente : « je suis guéri ». Toute la famille s'est mise à pleurer de joie ».

Cette situation soulève la question de la foi dans des pareilles circonstances. Selon le père Nicolas, la guérison vient de la foi. Si le malade y croit, il doit être guéri. Quel rôle joue la foi dans la guérison ? Peut-elle être considérée comme une expérience affective (émotions, affects) suscitée par la cure et dont S. Freud en a tenu compte, en l'ayant appelé « *transfert* », et qu'il a considéré comme véritable moteur de la guérison ?

Si la foi peut avoir une influence positive sur la guérison, peut-elle avoir des effets négatifs sur le comportement de l'être humain ?

2.2.1.2. Foi et psychopathologie

La mise en avant de la foi chrétienne ne peut être sans effet dans la société. Car elle entraîne chez le sujet le développement de l'individualité, de l'esprit de responsabilité. La foi est avant tout la recherche du salut qui est personnelle. Dans ce sens, elle amène l'individu à pouvoir s'assumer. La présence du péché fragilise le sujet et fait de lui un être vulnérable. Les prêches qui condamnent à longueur de journée le péché dans les églises

²³ Eric de Rosny, Foi, famille et folie. *Santé mentale, psychothérapies et sociétés*. Vienne, The World Council for Psychotherapy, 2002, pp. 179-186.

entraîne chez le sujet le sentiment de culpabilité dont l'effet peut être de réveiller les angoisses existentielles comme peuvent le montrer certains cas rencontrés dans le cadre de cette recherche²⁴.

Ces cas deviennent de plus en plus nombreux dans la société gabonaise comme peuvent en témoigner les spécialistes en santé mentale, de par les cas qu'ils reçoivent en consultation tant dans les institutions publiques que privées. Ainsi, existe-t-il une relation entre la foi et la psychopathologie ? Ou bien quels sont les effets de la foi dans le développement des malades mentaux provenant des églises ? Ce genre de situation peut-elle s'inscrire dans la relation entre foi et psychopathologie ?

Si certaines maladies peuvent trouver une solution dans les églises, il est à noter qu'il s'agit d'une forme particulière de maladies. L'Eglise, par son côté communautariste, essaie de resserrer les liens dissous par les réseaux de relations traditionnels. De ce fait, il y a la récréation des familles artificielles basées sur ce communautarisme. Le frère de sang est remplacé par le frère en christ. Il y a la disparition de la consanguinité au détriment de l'appartenance à la même confrérie.

2.3. Le système traditionnel

L'objectif n'est pas de décrire toutes ces pratiques thérapeutiques traditionnelles mais de saisir les éléments essentiels qui les caractérisent. Au Gabon, malgré la diversité ethnique, les systèmes de soins traditionnels sont l'œuvre des spécialistes appelés « *nganga* », seuls héritiers d'une médecine traditionnelle. Les caractéristiques principales de tous les *nganga* reposent sur leurs pratiques, à savoir les divinations rencontrées parfois au cours des cérémonies d'initiation ; la guérison par des plantes, etc.

Toutes ces pratiques ont l'avantage d'être pratiquées en présence de certains membres important appartenant au groupe ou à la communauté du sujet. Certains travaux sur les systèmes thérapeutiques en Afrique existent déjà. En effet, les travaux de H. Collomb (1965)²⁵ et toute l'équipe de Fann (Sénégal) ; ceux de F. Laplantine (1976)²⁶, I. Sow (1978)²⁷, etc. témoignent bien de l'importance de la communauté dans la prise en charge des patients. Et les pratiques thérapeutiques gabonaises s'inscrivent dans cette perspective.

Au-delà de toutes ces caractéristiques principales rencontrées dans la plupart des pays africains, il existe une spécificité gabonaise servant à la prise en charge de la santé mentale en particulier : l'usage de l'iboga. Quelle est son importance dans la société ? Quelles sont ces caractéristiques principales ? Et comment ces caractéristiques s'articulent-elles avec le fonctionnement psychique ?

²⁴ Voir annexes.

²⁵ Henri Collomb, Les bouffées délirantes en psychiatrie africaine. *Psychopathologie africaine*, 1965, I, pp. 167-239.

²⁶ François Laplantine, *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique noire*. Paris, J-P. Delarge, 1976, 156 p.

²⁷ Ibrahima Sow, *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire*. Paris, Payot, 1978, 196 p.

2.3.1. L'iboga

L'iboga ou le « *bois amer* » est une plante hallucinogène appartenant à la famille des apocynacées. Il se rencontre le plus dans la forêt équatoriale, et plus précisément au Gabon. Le produit issu d'un habile dosage de râpures d'écorces, de racines contient plusieurs alcaloïdes toxiques appelés l'ibogaïne qui peuvent provoquer, à hautes doses, une atteinte corticale. Il est particulièrement utilisée lors de certaines cérémonies initiatiques, à savoir le *bwiti* (Gollnofer et Sillans, 1983 ; A. Mary, 1983²⁸), au cours desquelles, son absorption de l'iboga est accompagnée par des textes rituels, de musique (cithare) et de sons de cloches et de tamtam. Tout cela se fait pendant une huitaine de jours sous le contrôle d'un maître initiateur qui évalue le dosage et l'état mental du récipiendaire au risque de le plonger dans un collapsus fatal.

L'objectif est de déclencher des contenus représentatifs et affectifs qui diffèrent selon la culture ethnique et les rites initiatiques au sein desquels l'iboga est absorbée. Ce qui permet aux sujets d'atteindre une phase mystique permettant au sujet d'être en relation avec le monde supra terrestre, de se socialiser avec l'au-delà, etc. Lorsque les sujets commencent à avoir des visions, en ce moment, l'administration de l'iboga est suspendue.

Dans le monde africain, le sens profond de l'objet diffère de la réalité de l'objet perçu. « *Ce que tu vois, tu le vois, c'est la bouteille, c'est la table mais tu ne sais pas ce qu'il y a derrière les choses !* ». C'est pour dépasser la signification liée aux perceptions que les *Tsogho* –peuples d'où est originaire le rite du *bwiti*– vont avoir recours au « *vécu mental provoqué* », un état transitoire de la conscience au cours duquel se libère un contenu à valeur de message appelé « *vision* ».

2.3.2. Iboga et fonctionnement psychique

L'absorption de l'iboga a pour conséquence la création d'un état mental transitoire proche de certains phénomènes psychiques. Ces conséquences se situent au niveau physiologique et psychologique. Sur le plan physiologique, il y a de douloureux vomissements accompagnés de lassitude et de somnolence, des signes d'intoxication du système nerveux se traduisant par une excitation intense avec ébriété, incoordination motrice, rires, pleurs et agitations de la tête. De même, il y a une anesthésie d'une partie ou de tout le corps et l'anorexie, etc.

Sur le plan psychologique, l'absorption de l'iboga entraîne une perturbation graduelle de l'état psychique qui rapproche le sujet vers un état de déstructuration mentale « *provoqué* ». L'individu est dans un état-second ou de demi-sommeil. Le récipiendaire présente une prédominance des manifestations psychosensorielles, à savoir des perceptions visuelles, sensations cénesthésiques, des stimulations auditives et tactiles, une projection spatiale démesurée, un sentiment d'étrangeté, sensations d'envol, désorientation spatiale, manifestations cénesthésique générales, avec la sensation de pouvoir se déplacer dans le vide comme une feuille ou de se projeter d'un endroit à un autre, etc. Il y a aussi de mouvements de contorsion comme des serpents.

²⁸ André Mary, *Naissance à l'envers* : essai sur le rituel du Bwiti Fang au Gabon. Paris, L'Harmattan, 1983, 384 p.

Les sujets sont aussi confrontés à des sensations d'angoisse, d'étouffement, de tremblement, des cris d'effroi comme des personnes en proie à une vision terrifiante, etc. Un sentiment d'étrangeté, avec un syndrome de « *dépersonnalisation* » se développe chez les sujets. Mais ces sujets ne présentent pas des problèmes d'amnésie car ils gardent des souvenirs très précis de leur état de vécu mental provoqué, même après un très long temps.

Cependant, certains phénomènes, à savoir les hallucinations ou certains états comme les transes n'ont rien de pathologique car étant des phénomènes religieux traditionnels. Ce qui pose ainsi la question du normal et du pathologique qui diffère selon les contextes culturels. Sur ce, il ne peut y avoir hallucination que si le contenu et la forme de celle-ci sont strictement individuels et n'a pas valeur de communication. Autrement dit, il y a hallucination s'il y a expression d'un désir purement individuel et non communicable. Par contre, si le contenu culturel véhicule un message, la vision dépasse aussi bien dans sa structure que dans sa signification l'hallucination tant du point de vue clinique que descriptif.

Un des points importants dans ce parcours initiatique est de permettre de saisir le passé, le présent et le futur du sujet. Et dans la prise en compte de ce passé, il existe un mouvement comparable à ceux rencontrés dans les mécanismes liés au fonctionnement psychique. Il existe des mécanismes comparables à la régression, au principe de plaisir, etc. qui sont des mécanismes faisant partie du fonctionnement psychique. En psychiatrie, des travaux ont été menés sur l'usage de l'iboga par des sujets. Il a été constaté que l'usage de l'iboga entraîne chez le sujet des comportements semblables à ceux d'un sujet plongé dans les tourments de son inconscient. Vu son influence sur le fonctionnement psychique, il convient de s'interroger sur le rôle que peut jouer l'iboga chez le sujet. Ainsi, quelle est l'importance de l'iboga dans la guérison du sujet ?

2.3.3. Les différentes techniques de prise en charge traditionnelle

Chaque technique est adaptée par rapport à la gravité de la maladie et de son origine. Certaines techniques peuvent prendre en charge d'autres cas graves de maladie liés par exemple à l'envoûtement, la sorcellerie, à la folie, à la possession par les esprits, les génies, victimes des envoûtements, des revenants, etc.

Pour ces maladies d'origine mystique, avant de donner un traitement, le *nganga* lutte d'abord contre les esprits dangereux (*matengu*). Racontée par E. Ibamba (1984, 207)²⁹, l'histoire qui suit relate une séance de combat contre les mauvais esprits :

« Il était sensiblement un peu plus de vingt deux heures. Le « nganga » révéla aux parents de la malade les causes de la maladie de leur fille. Il indiqua par ailleurs les voies possibles de guérison. D'après ce qu'il voyait à travers son miroir, il s'agissait de deux esprits qui constamment rodaient autour de la malade (...). Alors qu'un des assistants du « nganga » jouait un air de musique avec la cithare, le « nganga » l'interrompit et

²⁹ Emile Ibamba, *Traditions et changements sociaux*. Organisation sociale et conception du monde chez les Punu du Gabon. Le village des morts : « ibungu ». Etude sociologique et ethnologique. Thèse de Doctorat, Université de Toulouse Le Mirail, 1984, 379 p.

entonna une chanson. Il sortit de son petit sac une corne de gazelle « disigi di tsési » soigneusement ornée et bourrée sans doute de multiples objets précieux... ».

Il s'agit d'une technique de la délivrance, appelé dans un autre langage, l'exorcisme. C'est après cette séance mystique de délivrance, si elle s'est bien passée, que le patient peut commencer un traitement phytothérapeutique. En fonction de ses dispositions mentales, le patient peut être amené plus tard à accomplir certains rites initiatiques afin de raffermir sa guérison. Mais l'initiation n'est pas un passage obligé. Tout cela va dépendre de la volonté du malade, de ses dispositions mentales que seul le *nganga* peut évaluer.

2.3.3.1. L'iboga et thérapie

Dans un de son article intitulé « *Folie et Culture* », N. Mespoulhes (1979) décrit la situation de prise en charge au Gabon dans les années 70. En effet, pour l'auteur, à cette époque, la psychiatrie est peu connue. La pratique la plus courante est celle de l'«*indigénat* » qui est basée sur l'usage de l'iboga pour la prise en charge de la maladie mentale en particulier. S. Mamboundou-Mounguengui (1984)³⁰ décrit les processus de soin de la maladie mentale dans l'ethnie *Punu*. En effet, le « *Mugulu* » est ce rite initiatique spécialisé dans la prise en charge de la maladie mentale. Il se rencontre en général dans le sud-ouest du Gabon. Selon les variations linguistiques, il est rencontré aussi sous le nom de « *Mugulu imbèle* »³¹.

« Paul est jeune homme d'origine Punu, âgé d'une trentaine d'années et célibataire qui avait été amené chez un nganga à la suite des crises de folie. Le jeune homme raconte qu'il n'avait jamais été malade jusqu'au jour où il s'est mis à fuir, à crier. En effet, une nuit, Paul allait s'en dormir quand il découvrait sur son lit une femme qui l'attendait. Le jeune homme sortit de sa chambre très agité, avec des idées de persécution. A partir de cette période, il y eut une aggravation des symptômes avec agressivité verbale et physique, déambulation, insomnies, incurie vestimentaire, hallucinations visuelles, etc. La nuit, Paul avait peur ; il criait et avait l'impression que sa tête était ouverte. Il n'arrivait plus à bien dormir.

Après avoir fait un tour à l'hôpital, sa santé ne s'améliorait pas. Un jour son oncle décida de le conduire chez un nganga dont tout le monde ne disait que du bien. Dès que le nganga vit Paul, il s'écria : « mbe duronde wu mbonke ? ». Ce qui signifie : vous voulez le tuer ? Cette question était adressée à l'oncle. Puis, il ajouta : « gnu mangue », c'est-à-dire, je vais essayer.

Il se dirigea derrière le temple (lieu où le nganga soigne ses malades), quelques temps après, il revient tenant à la main droite une écorce d'arbre toute fraîche. Cette écorce était aussi large que la main ouverte d'un adulte. S'adressant à l'oncle, le nganga lui dit : « pa dikuku dise sangueme uvabue, bagise base sigue ». Cela veut dire : si l'écorce que je tiens et que je vais lancer en l'air, tombe au sol avec le côté humide tourné

³⁰ Sébastien Mamboundou-Mounguengui, *Mugulu*. Aspects psychopathologiques. Thèse de doctorat de Psychologie, Université Paris 13, 1984.

³¹ Voir Pauline Miwangou, tradi-thérapeute à Massoti (Tchibanga).

vers le ciel, c'est que les esprits sont convaincus que cet homme guérira. Le ngangga jeta alors son écorce. Par bonheur, celle-ci était tombée, le côté humide tourné vers le ciel. Le ngangga dit : « tu as de la chance ». Le contraire aurait été dramatique. Le ngangga fit alors appel aux autres membres de la famille : le père, la mère, etc.

Cette situation nécessitait l'organisation d'une veillée dans le but de sauver et de protéger Paul contre les sorciers. Au cours de celle-ci, le ngangga dit à l'oncle de Paul qu'il a vu une jeune femme qui avait été tuée en sorcellerie et qui était à la recherche d'un mari. Et que c'est un membre de sa famille qui voulait le tuer mystiquement pour que ce mariage soit possible. L'oncle n'y était pour rien. Il désignait comme responsable un des autres oncles. L'oncle répondit en disant « basie », c'est-à-dire c'est exact. C'est alors qu'il révéla à l'assistance qu'il avait été auparavant consulter un autre ngangga. L'oncle ajouta que c'est le ngangga qui avait examiné son neveu qui lui avait dit de venir le voir pour les soins.

Dès la fin de la première semaine, Paul se sentait déjà bien. Il arrivait à dormir et n'avait plus tellement peur. Durant près d'un mois et demi, Paul reçut des médecines. Vers la fin du deuxième mois, Paul retrouva ses esprits. Petit à petit, il commençait à accomplir certaines tâches ménagères. Au bout du troisième mois, Paul fut complètement guérie.

C'est alors qu'il demanda à ce ngangga de l'initier à ses techniques. Le ngangga accepta. Pour l'initier, un soir il lui confia son komi (petit sac) dans lequel il y avait de multiples petits objets qui, sans doute, sont à la base de son "SAVOIR". Au moment de se coucher, le ngangga dit à Paul de placer le petit sac au-dessus de sa tête. Le lendemain matin, il vint lui dire : « diboti », cela signifie très bien. Il ajouta que ses ancêtres et les génies étaient d'accord pour qu'il l'initia ».

Cette situation l'importance accordée à certaines pratiques thérapeutiques traditionnelles dans la société. Si les symptômes du patient peuvent rappeler un syndrome persécutif, l'apport du ngangga est de mettre l'accent sur l'origine du conflit, notamment les relations conflictuelles qui existent entre le neveu et son oncle. L'utilisation de l'iboga lors de l'initiation va permettre au sujet de confirmer la certitude de l'origine de sa maladie. Ce qui constitue un pas important dans le processus de guérison du malade.

De quelles relations l'iboga peut avoir avec les comportements psychopathologiques ?

2.3.3.2. L'iboga et psychopathologie

Si l'iboga peut avoir un effet bénéfique pour la prise en charge des malades mentaux, force est de constater de nombreux cas de malades mentaux proviennent après une période d'initiation aux rites utilisant cette plante. En effet, après l'usage de l'iboga, les sujets rentrent dans une période d'agitation motrice. Cet état est lié aux consommations élevées de l'iboga.

Dans le temps, le rite initiatique s'étale sur une période assez longue, environ deux semaines, sinon plus. Pendant ce temps, l'initié pouvait effectuer son parcours initiatique dans les bonnes conditions et arriver à son terme. Depuis peu, avec le manque de temps et le désir d'aller vite, certains initiateurs ne respectent plus ce processus. Les initiations

se passent maintenant en un week-end. Au cours de ces initiations, de fortes doses d'iboga sont ingurgitées pouvant alors entraîner des effets néfastes, voire mortels pour le sujet. Le manque d'expertise mentale du sujet malade entraîne chez les plus chanceux une décompensation psychopathologique alors que les autres meurent d'overdose.

« C'est le cas de Joseph, âgé de 36 ans. Il est responsable magasinier dans une entreprise en province. Joseph est hospitalisé en psychiatrie sur évacuation pour agitation psychomotrice, agressivité physique et verbale, troubles du langage, etc. Il est accompagné de sa tante maternelle. Le début de la maladie de Joseph remonte vers la mi-mai 2003 où le sujet a commencé à présenter une agitation motrice suite à une consommation rituelle de l'iboga pour connaître l'origine de la mort de son fils. En effet, Joseph est marié et était père d'un enfant de 3 ans qui décède. Après la mort de leur fils, les deux familles font les démarches pour connaître l'origine de la mort de leur fils. Alors que l'épouse de Joseph et sa famille voulaient « taper le diable »³² (bundu), l'époux lui, avait décidé de manger le bois sacré (iboga). Et c'est au sortir de cette initiation de Joseph va décompenser ».

Cette situation permet de souligner quels effets l'iboga peut avoir sur le fonctionnement psychique du sujet. Depuis, de multiples cas de décompensation psychopathologique sont notés dans les consultations psychiatriques ou psychologiques.

Les différents modèles présentés ci-dessus sont celles qui sont utilisés pour représenter la maladie mentale au Gabon. Les résultats de l'enquête menée montrent une répartition de ces représentations chez les sujets entre les trois types de représentations³³. D'autres utilisent même les trois modèles à la fois. Ce qui conduit, par conséquent, les sujets à utiliser les différentes formes de thérapies, selon les types de représentations intrinsèques.

Cependant, l'accent porté sur les représentations traditionnelles m'amène à m'appesantir le plus sur les croyances traditionnelles. Cette mise en relief n'est pas le fruit d'un hasard mais plutôt le résultat des observations de terrain, révélant son importance dans la société. Cette importance se manifeste par la fréquence élevée d'utilisation des représentations traditionnelles pour représenter la maladie mentale ; la fréquence élevée d'utilisation des thérapies traditionnelles.

Par ces représentations traditionnelles, l'enquête montre un intérêt accordé aux croyances à la sorcellerie, avec toutes les techniques qui en sont liées, à savoir l'envoûtement, la magie, la possession par les esprits, l'empoisonnement, etc. Et ces croyances, à travers ces techniques, sont susceptibles de les rendre quelqu'un malade mental, selon le discours social. Ce qui m'amène à poser l'hypothèse non seulement de l'importance des croyances à la sorcellerie dans la société gabonaise, mais aussi celle de l'existence d'un lien entre ces croyances à la sorcellerie et la maladie mentale en particulier. Dans ce sens, les études sur la sorcellerie et la maladie mentale aux Antilles peuvent aider à comprendre cette relation (C. Bougerol, 1984³⁴ ; J. Andoche, 1993³⁵).

³² Rite ordalique entraînant la mort de la personne coupable.

³³ Voir Deuxième partie : Etudes cliniques.

Ce chapitre sur les approches préliminaires des représentations de la maladie mentale au Gabon est d'un intérêt important pour la suite de la compréhension de cette recherche. En effet, au-delà du fait qu'il permet une mise en relief des différentes interprétations et modèles d'interprétation de la maladie mentale et des systèmes de soins, faisant partie du domaine anthropologique, l'objectif est surtout de saisir l'intérêt psychologique de ces modèles et systèmes de soins dans la société gabonaise, c'est-à-dire l'impact de ces représentations chez les individus qui en font référence. Autrement dit, il s'agit de comprendre la façon dont ces modèles et systèmes de soins sont utilisés et réélaborés par certains sujets et la façon dont ils se comportent face à certaines situations ou phénomènes, notamment la maladie mentale. (C'est ce qu'on verra au chapitre 1 de la deuxième partie).

2.4. Les itinéraires thérapeutiques

Devant la maladie, l'individu a trois attitudes : soit, il va à l'hôpital, soit il va à l'église, soit il va consulter le *nganga*. Ces trois attitudes caractérisent les trois systèmes de soins. Cependant, étant donné que les systèmes de soins ne sont pas cloisonnés, rares sont les personnes qui obéissent à un de ces systèmes de soins et qui ne sont jamais allés voir le *nganga* ou le médecin avant d'aller à l'église ou vice-versa. Parfois même, il peut fréquenter deux lieux distincts à la fois. Par exemple, un patient va aller à l'hôpital et consulter le *nganga* ou encore il va aller à l'hôpital et partir assister aux réunions de prière dans une ou des églises, comme le montre bien l'histoire du cas suivant :

« Mme S.M., d'origine Punu , est âgée de 34 ans et mère de 6 enfants. Sans profession, elle prie dans une église éveillée. Mme S.M. a été hospitalisée en psychiatrie pour agitation psychomotrice, insomnie, logorrhée, discours de persécution, hallucinations auditives et visuelles, amaigrissement, etc.

*L'histoire de la maladie de Mme S.M. remonterait à son plus jeune âge lorsqu'elle était au Lycée. Elle présentait un amaigrissement considérable. L'absence de résultats favorables l'avait conduite à consulter les *nganga* et se faire initier à trois rites (*ngondi, mbumba et miroir*). En ce moment, il ne s'agissait que de l'amaigrissement. Mais c'est quelques années plus tard que va éclater la première crise. Après un bref tour chez les *nganga*, Mme S.M. sera conduite en psychiatrie où elle recevra un traitement sédatif. Après sa sortie, elle repartira chez le *nganga*. Après quelques temps traitement, elle va commencer à fréquenter les églises.*

Mais suite à des problèmes de voisinage, Mme S.M. va faire sa deuxième crise et sera conduite à l'église dans laquelle elle priait. Son état s'empirant, elle sera conduite en psychiatrie où elle a été internée pendant environ six mois. Après avoir acquis une certaine stabilité à l'hôpital, Mme S.M. a commencé des sorties d'essai au quartier pendant les week-ends. En vérité, elle passe ses week-ends à l'église et dans la prière .

³⁴ Christiane Bougerol, Hériter de la « malédiction » ou de la persécution à la maladie mentale. Une histoire de vie antillaise. *Psychopathologie africaine*, 1984-1985, XX, 3 : 245-271.

³⁵ Jacqueline Andoche. La « sorcellerie » dans l'explication du malheur psychique à la Réunion. *Psychopathologie africaine*, 1993, XXV, 2 : 161-174.

Et cela, sur proposition de sa sœur aînée qui est chrétienne ».

Ce cas montre les différents itinéraires empruntés par les malades. Ainsi, la plupart des malades fréquentent d'abord différents lieux thérapeutiques avant de se retrouver quelque part. C. Moukouta (2000)³⁶ a pu noter ces différents itinéraires chez les patients Congolais. En effet, pour l'auteur, « *il existe un circuit atypique suivi par les malades mentaux. Même si le premier jour le malade est conduit directement à l'hôpital, cela n'empêche pas qu'il pense contacter le guérisseur. Le recours direct à la médecine occidentale n'est que provisoire...* »³⁷.

De ce fait, la plupart des malades empruntent les mêmes itinéraires thérapeutiques. C'est ce que S. Mbadanga et al (2002)³⁸ ont appelé « *soigner en rond* » où l'histoire des soins du patient, disent-ils, se caractérise par un parcours thérapeutique en quête d'un thérapeute idéal. Cette recherche du thérapeute idéal est ponctuée d'« *arrêt* » ou d'« *interruption* », des « *désinvestissements successifs et continus de prise en charge* », constituant ainsi des « *thérapies interminables* » pour les patients. Et même lorsqu'il y a des succès dans la prise en charge, ils seront liés « *à la multiplicité autant qu'à la multiplication des intervenants sur le mode de fonctionnement du clivage* »³⁹.

2.5. L'efficacité thérapeutique

L'infidélité par rapport au lieu thérapeutique soulève le problème de la recherche immédiate de la guérison, par conséquent de celui de l'efficacité thérapeutique. Pour les thérapeutes spirituels, la multiplication des itinéraires thérapeutiques est liée à l'absence de la foi chez les patients. Car un croyant ne peut pas douter. Même si ces thérapeutes acceptent que ces démarches rentrent dans le cadre de la recherche de la guérison à tout prix et dans l'immédiateté.

2.6. Deux systèmes principaux de soins

En regroupant les systèmes de soins, il existe d'une part les systèmes de soins modernes basés sur le système bio-médical et d'autre part le système de soins social regroupant en son sein le système de soins traditionnel et le système de soins spirituel. Par rapport à tout cela, une question essentielle peut se poser, à savoir quelle est l'importance des systèmes de soins traditionnels en particulier dans la société gabonaise, comme alternative au système bio-médical ?

³⁶ Charlemagne Simplicie Moukouta, *Représentations de la maladie mentale et thérapies traditionnelles au Congo. Réflexion à partir de l'étude d'itinéraires thérapeutiques*. Thèse de doctorat de Psychologie (sous la direction du Professeur Evelyne Pewzner-Apeloig), Université de Picardie Jules Verne, 2000, 385 p.

³⁷ Charlemagne Moukouta, Op. Cit. pp. 367-368.

³⁸ Samuel Mbadanga, Georgette Ngabolo, Michel Boussou. *Soigner en rond : sur le front du partage de l'espace thérapeutique en Afrique noire*. Jacques Philippe Tsala Tsala, *Santé mentale, psychothérapies et sociétés*. Vienne, The World Council of Psychotherapy, pp. 89-98.

³⁹ Samuel Mbadanga, Idem, p. 91.

Même si le patient et leur famille n'accordent pas une grande importance aux croyances traditionnelles, il est rare qu'ils ne fassent pas un tour chez le *nganga*. Dans le cadre de cette recherche, un questionnaire portant sur l'utilisation des thérapies traditionnelles montre que plus de la moitié de la population interrogée, toutes caractéristiques confondues, utilise les thérapies traditionnelles, et cela, même s'ils fréquentent les églises ou vont à l'hôpital. D'ailleurs, certains médecins cautionnent même la fréquentation des lieux thérapeutiques traditionnels. Lorsque les cas deviennent problématiques à l'hôpital, ils disent : « *c'est un problème de Noirs qui ne relève pas de notre compétence* ».

Ce qui revient à dire que toute thérapie traditionnelle repose en général sur le postulat selon lequel le mal vient de l'extérieur, du dehors (milieu extérieur) pour agir sur l'individu, au dedans (psychisme). C'est le cas des empoisonnements ou encore des envoûtements, etc. Ce postulat constitue la base même des thérapies traditionnelles. Certains travaux menés à l'École de Psychiatrie de Fann (Dakar) et dirigés à l'époque par H. Collomb (1965) ou ceux de I. Sow (1977)⁴⁰, T. Nathan (1986)⁴¹ pour ne citer que ceux-là, ont permis de vérifier sur le plan clinique ce postulat. Ce postulat met surtout en avant l'aspect persécuteur. Même si certains thérapeutes traditionnels s'en défendent en disant que leur objectif premier est d'abord de soigner et non d'accuser tel ou tel membre de la famille car après avoir accusé la personne malade pourra-t-elle recouvrer sa santé ?

A la suite de I. Sow (1977), E. Pewzner (1997) est arrivée à comprendre la prévalence du caractère persécuteur dans certaines sociétés, notamment africaines. En effet, pour l'auteur, les sociétés occidentales sont de type judéo-chrétien. Elles reposent sur la conception du Bien et du Mal. Cependant, la persécution n'est pas seulement l'apanage des sociétés africaines. Car même en Occident, elle existe. Différents troubles ont été cités par les sujets, parmi lesquels ceux liés à la sorcellerie, la possession par les esprits, les envoûtements, les empoisonnements, etc. Et le *nganga* devient le seul recours pour ce genre de problème, même si quelques uns se tournent vers les pasteurs, les prêtres. Chez le *nganga*, le processus suit une certaine démarche, allant de la divination à l'initiation en passant par le traitement.

De ce fait, les troubles liés à la sorcellerie, la possession par les esprits, les envoûtements, la violation des interdits sont-ils des facteurs favorisant des « *désordres ethniques* » ? Pour G. Devereux (1973)⁴², chaque société et chaque culture possède ses désordres culturels nés des principes culturels régissant la société. Ayant travaillé sur les phénomènes de « *mbumba y yano* » au Gabon, O. Opape⁴³ montre l'impact du monde des esprits sur le sujet dans la société *Myéné*, et les manifestations psychopathologiques qui en découlent. Sur cette base, la thérapeutique appropriée est l'utilisation du rite

⁴⁰ Ibrahima Sow, *Psychiatrie dynamique africaine*. Paris, Payot, 1977, 280 p.

⁴¹ Tobie Nathan, *La folie des autres* : traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris, Dunod, 1986, 241 p.

⁴² Georges Devereux, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Gallimard, 1973, 2^{ème} édition, 398 p.

⁴³ Cité par Sébastien Mamboundou-Mounguengui (1984).

« *mbumba* » qui, en général, appartient au monde des femmes. Par ailleurs, S. Mamboundou-Mounguengui (1984) soulève le même problème mais cette fois-ci chez les peuples *Punu* du Gabon avec le « *Mugulu* » qui est un rite thérapeutique appropriée pour la prise en charge des malades mentaux.

Les deux situations montrent l'existence des désordres culturels et les moyens de les prendre en charge. Ainsi, le « *mbumba* » et le « *Mugulu* », par exemple, constituent-ils des désordres culturels ? Sont-ils l'expression d'un état psychique perturbé ?

Enfin, de cette pré-enquête, il ressort l'impact du modernisme sur la société gabonaise. Comment se caractérisent ces changements sociaux ? Quels comportements entraînent-ils chez les Gabonais ? En effet, l'arrivée du modernisme caractérisée notamment par le christianisme, avec le réveil des églises éveillées, a entraîné une utilisation d'un nouveau système de soins dits thérapies spirituelles. Ces églises dites éveillées vont se servir des paroles bibliques pour condamner certaines pratiques traditionnelles comme la divination, les pratiques magiques, etc. Cette situation a eu pour conséquence la dégradation de l'image du *nganga* et la perte d'intérêt pour les pratiques thérapeutiques traditionnelles. Situation favorisée aussi par le développement du charlatanisme où le soi disant thérapeute s'illustre le plus dans le clientélisme aux dépens de l'efficacité de ses thérapies.

Par ailleurs, l'élévation du niveau d'étude suite à l'instruction généralisée, le développement de l'esprit rationnel, a permis à certains individus de moins se référer aux croyances traditionnelles à tout va, et par conséquent, de réduire l'utilisation des thérapies traditionnelles. Par exemple, que peuvent faire les thérapies traditionnelles dans le cas de l'échec scolaire et autre ? Ces situations ont conduit à deux attitudes. La première est la fréquentation des églises, et par conséquent l'utilisation des thérapies spirituelles. Mais il se trouve que tout le monde n'est pas chrétien et face à l'échec de ces thérapies, il ne reste plus qu'à aller à l'hôpital qui est la deuxième attitude. Vu l'ouverture de certaines églises, le recours à l'hôpital est immédiat lorsque les résultats ne sont au rendez-vous.

Cependant, malgré cette influence du modernisme, les thérapies traditionnelles restent une référence indéniable pour une grande partie de la population. Même si ce recours n'est pas immédiat, il l'est surtout lorsque les faits et phénomènes vécus dépassent l'entendement du commun des mortels. Or en Afrique, tout fait est régi par cette double dimension : visible (objectif) et invisible (non objectif).

Au terme de cette partie sur les représentations et les systèmes de soins, on va s'intéresser aux différentes approches théoriques qui vont servir à la compréhension de cette recherche.

Chapitre 2. La problématique de la symbolisation

En m'intéressant à la question des représentations de la maladie mentale, il convient de saisir les processus psychiques sous-tendant ces représentations, à savoir les processus de symbolisation. Pour cela, dans cette partie, je vais d'abord définir ce concept de

symbolisation. Sur la base de ces caractéristiques, il s'agit de comprendre comment se fait cette symbolisation dans la représentation de la maladie mentale. Et enfin, je tiendrai compte des différentes approches pouvant me permettre de conceptualiser le concept.

1. Définitions

Le concept de symbolisation est à rattacher à la notion de symbole signifiant, dans son sens étymologique issu de la Grèce Antique, « *signe de reconnaissance* », où le bris d'une poterie et le partage de ses fragments entre les personnes sur le point de se séparer, peuvent se reconnaître un jour, par la réunion de ce qui représente la permanence de leurs liens en se retrouvant. Et lorsque les différents segments étaient rapprochés l'un de l'autre, ils pouvaient servir de signe de reconnaissance. Mais qu'est-ce que la symbolisation ?

En psychanalyse, les premiers travaux sur la symbolisation remontent à S. Freud. En effet, dans ses travaux sur l'aphasie, S. Freud (1891)⁴⁴ met en relation la représentation de mot et la représentation d'objet. En parlant d'aphasie, l'auteur distingue deux formes : verbale et asymbolique. La première est liée à la perturbation des associations entre différents éléments de la représentation de mot. Alors que la seconde repose sur la perturbation entre la représentation de mot et la représentation d'objet.

Pour S. Freud (1891, 128), la relation entre la représentation de mot et la relation est dite « *symbolique* » et repose sur un travail de symbolisation. Celle-ci se caractérise par l'organisation d'une liaison s'effectuant entre la représentation de l'objet et la représentation de mot. Ce n'est que plus tard que S. Freud (1915) voit le passage d'une représentation à une autre (chose et mot) comme étant le travail de liaison entre deux traces : trace perceptive et trace inconsciente. Dans ce sens, la symbolisation ne relie pas l'objet à la représentation, mais deux types d'« *images* » de l'objet, deux traces différentes de l'objet (R. Roussillon, 1995)⁴⁵. R. Pelsser (1989)⁴⁶ définit la symbolisation comme cette capacité qu'a l'être humain de représenter et de se représenter. Dans cette perspective, l'auteur dégage trois caractéristiques principales de la symbolisation.

D'abord, la symbolisation désigne la capacité qu'a le sujet à utiliser des symboles. Dans ce sens, il s'agit de mettre en relation un symbolisant et un symbolisé. Cette relation s'établit sur la base d'un lien associatif. De ce fait, la symbolisation possède deux caractéristiques, à savoir le lien et la séparation. En effet, les éléments sont à la fois reliés et séparés comme l'indique le terme symbole dans son étymologie. En prenant le cas du jeu de la bobine, S. Freud (1920)⁴⁷ montre comment l'enfant associe le symbole bobine à

⁴⁴ Sigmund Freud (1891), *Contribution à la conception des aphasies*. Paris, PUF, 1983, 155 p.

⁴⁵ René Roussillon La métapsychologie des processus et la transitionnalité. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, 1995, n° Spécial, pp. 1351-1519.

⁴⁶ Robert Pelsser, Qu'appelle-t-on symboliser ? Une mise au point. *Bulletin de Psychologie*, 1989, Tome XLII, n° 392, pp. 714-726.

⁴⁷ Sigmund Freud (1920), Au-delà du principe de plaisir. *Essais de Psychanalyse*. Paris, Payot, 1981, pp. 47-128.

la représentation de la mère. Pour cela, en lançant la bobine et la ramenant vers lui, l'enfant symbolise le départ et retour de la mère. Ainsi, pour R. Pelsser (1989), la formation des symboles dépend de la capacité d'unir deux objets de manière telle que leur ressemblance soit rendue manifeste tout en respectant leur différence. En s'intéressant à la formation du symbole, H. Segal (1970)⁴⁸ note que l'abandon de l'objet du désir par l'enfant entraîne la formation d'un symbole. Il s'agit d'un objet de substitution dont le but est de nier l'absence. Dans ce sens, le symbole est vécu comme une symbolisation de l'absence.

Ensuite, la symbolisation désigne la capacité qu'a le sujet de transformer ses expériences vécues en contenus psychiques. Cette transformation se fait par le canal de l'appareil psychique, lieu d'inscription des événements vécus par le sujet. Ces événements viennent soit du « *dedans* », soit du « *dehors* ». De ce fait, l'appareil psychique est au centre d'un double mouvement : l'un provenant de l'intérieur, issu de la pulsion représenté par l'affect et la représentation ; l'autre venant de l'extérieur, par le truchement de l'objet. Celui-ci s'inscrit dans le psychisme par le canal de la représentation de chose associée à la représentation de mot.

Dans le cadre de la symbolisation, il s'agit de mettre en relation la pulsion et l'objet. Ainsi, pour R. Pelsser (1989, 718), la symbolisation est cette « *capacité de transposer dans l'appareil psychique, sur la scène psychique, ce qui relie le sujet à la fois à l'objet et à la pulsion, si ce n'est ce qui relie l'un à l'autre la pulsion et l'objet* ». Ainsi, la mise en lien entre la pulsion (affect et représentation) et les représentations de l'objet est à l'origine des processus de symbolisation. Cette mise en relation se fait par le canal de la représentation.

Dans ce sens, J. Laplanche (1983) considère la symbolisation comme un processus de mise en relation qui comporte deux modalités. D'une part, il y a mise en relation de deux représentations se substituant l'une à l'autre comme c'est le cas par exemple du symptôme hystérique. Dans celui-ci, il y a substitution de la représentation toux à une autre représentation centrée sur la sexualité orale. Autrement dit, il y a un symbole (toux) qui représente un symbolisé. D'autre part, il y a une mise en relation d'un affect à une représentation. Dans ce sens, le symbole n'est plus relié à une représentation mais à un affect sans quoi il resterait flottant ou « *libre* », à l'origine de l'angoisse que la représentation viendrait canaliser en se liant à elle.

Et enfin, la troisième caractéristique désigne la symbolisation comme une capacité d'avoir accès à un registre symbolique, à l'Autre, et notamment par le langage, et permettant ainsi au sujet d'avoir une distance par rapport à la réalité. A travers cette approche de la symbolisation, se pose la question de la présence et celle de l'absence de l'objet que le langage permet de présentifier.

Dans ce sens, R. Pelsser (1989, 723) note que « *le langage, en tant que processus de symbolisation permet de surmonter la perte, l'absence de l'objet, de conjurer l'angoisse de séparation* ». S'intéressant au jeu chez l'enfant, R. Pelsser (1986)⁴⁹ observait déjà que

⁴⁸ Hanna Segal, Note sur la formation du symbole. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, 1970, n° 4, pp. 685-696.

⁴⁹ Robert Pelsser, L'enfant en jeu. *L'information psychiatrique*, Toulouse, Privat, vol. 62, 1986, pp. 571-88

le jeu est une forme de symbolisation. Il permet à l'enfant de représenter les événements et les situations pénibles. Ce qui lui permet de verbaliser tout en évitant de confondre la réalité et la fantaisie ou d'éviter de somatiser ou de passer à l'acte. Ainsi, l'enfant accède au symbolique, notamment au jeu par la représentation de ses expériences personnelles. Ce qui lui permet d'éviter la pathologie.

Ainsi, la symbolisation soulève la question du rapport entre deux entités, à savoir la représentation et l'affect. C'est par l'établissement de la relation entre ces deux entités, entre la représentation et l'affect que se fait la symbolisation. Et l'affect va être immobilisé par la représentation dans le but de lui donner du sens. De ce fait, la substitution d'une représentation inconsciente vers d'autres représentations (qui la représentent) pourra alors se faire.

Pour A. Gibeault (1989)⁵⁰, la symbolisation est un « *ensemble de liaisons où quelque chose va représenter quelque chose d'autre pour quelqu'un* ». Pour cela, M. Perron-Borreli (1989)⁵¹ distingue deux types de liaisons : d'une part, une liaison entre ce qui symbolise et ce qui est symbolisé ; d'autre part, une liaison en rapport avec « *l'objet manquant appelé à re-advenir dans l'espace psychique* ».

En tant que relation entre un symbolisé et un symbolisant, R. Kaës (1984)⁵² considère le conte, le rêve, le mythe, les croyances comme des phénomènes psychiques sous-tendus par un ensemble de processus de symbolisation et mettant en jeu la réalité psychique, la trame de l'intersubjectivité et les formations culturelles et sociales. En ce qui concerne les croyances à la sorcellerie qui sont l'objet de mon étude, il convient de noter que dans la société gabonaise, son importance est liée aux angoisses liées aux questions existentielles ou encore à la souffrance psychique que vivent les sujets. En effet, lorsque ces derniers sont confrontés à des questions sans réponses ou encore aux angoisses liées à la souffrance psychique, il y a référence aux croyances pour pouvoir comprendre le phénomène de la maladie.

De ce fait, quel sens peut prendre la symbolisation chez ces différents sujets ? S'agit-il simplement d'une « *absence* » de réponses, c'est-à-dire d'une difficulté à apporter des réponses par rapport aux questions que soulève la question de la maladie en particulier, permettant ainsi la référence aux représentations culturelles et l'utilisation des thérapies traditionnelles ? S'agit-il d'une angoisse profonde dont les références à la culture ne sont que l'expression ?

Vu l'ensemble des définitions, il convient de noter que la symbolisation est considérée comme produit et processus. En tant que produit, la symbolisation est un résultat ; elle se trouve à l'état achevé. Pour cela, la symbolisation se manifeste à l'état conscient par la symbolique. De ce fait, les rêves, les pensées, les mythes, les représentations sont ces produits de la symbolisation. Ils sont la représentation d'un

⁵⁰ Alain Gibeault, Présentation du rapport :Destins de la symbolisation. *Revue Française de Psychanalyse*. Paris, P.U.F., LIII, 6, 1989, pp. 1493-1515.

⁵¹ Michèle Perron-Borreli, Introduction; *Revue Française de Psychanalyse*. Paris, P.U.F., LIII, 6, 1989, pp. 1487-1491.

⁵² René Kaës, L'étoffe du conte, *Contes et divan*. Les fonctions psychiques des œuvres de fiction. Paris, Bordas, 1984, pp. 1-20.

signifié. Pour Aristote, « *les symboles sont plus réels que ce qu'ils symbolisent* ».

Dans le champ de la linguistique, F. Saussure (1915)⁵³ considère la symbolisation comme un processus de mise en relation de deux ou plusieurs unités sémiotiques. De ce fait, pour E. Benveniste (1966, 20)⁵⁴, la symbolisation est la « *capacité de représenter le réel par un « signe » et comprendre le « signe » comme représentant le réel, donc d'établir un rapport de signification entre quelque chose et quelque chose d'autre* ». Cette symbolisation se fait à l'état conscient. La langue par exemple implique ce type de symbolisation se faisant par la combinaison des mots. Dans cette forme de symbolisation, il y a une relation de correspondance entre un signe et un objet.

2. Approches théoriques de la symbolisation

L'utilisation des croyances pour représenter la maladie mentale peut être mise en correspondance avec les processus créatif ou de symbolisation. En effet, dans la représentation, c'est d'abord la créativité qui est mobilisée. Dans celle-ci, il s'agit bien d'une créativité qui existe tant chez l'homme « *normal* » que chez les patients comme médiation, c'est-à-dire comme objet intermédiaire entre deux ordres de réalité, l'interne et l'externe ; il est une sorte de pont, de passage, d'articulateur communicationnel (R. Jaitin, 2004, 104)⁵⁵. A travers cette créativité, un ensemble de processus existent. De ce fait, comment théoriser ces processus de créativité ?

De nombreux auteurs se sont intéressés aux processus sous-tendant cette créativité ou cette symbolisation. Dans le cadre de cette recherche, je vais m'appuyer sur un certain nombre d'approches théoriques pouvant m'aider à comprendre cette question de la symbolisation, à savoir D.W. Winnicott, D. Anzieu, R. Roussillon, B. Chouvier et R. Kaës.

2.1. La symbolisation et le jeu chez D. W. Winnicott

Dans son ouvrage *Jeu et réalité*, D. W. Winnicott (1971)⁵⁶, s'intéresse au jeu chez l'enfant. Pour l'auteur, à travers le jeu, l'enfant communique avec lui-même et le monde extérieur. Ce qui permet au jeu de remplir sa fonction de médiation. Ce jeu est sous-tendu par un ensemble de processus à l'origine de sa représentation. Pour l'auteur, il s'agit de la créativité primaire constituant la trame psychique de l'investissement. Entre cette représentation et la symbolisation, il existe un degré de différence soulevant ainsi la question de niveau ou d'étapes de symbolisation.

2.2. Création et symbolisation chez D. Anzieu

⁵³ Ferdinand de Saussure (1915), *Cours de linguistique générale*. Paris, Payot, 1995, 520 p.

⁵⁴ Emile Benveniste (1966), *Problèmes de linguistique générale*. Paris, Gallimard, 286 p.

⁵⁵ Rosa Jaitin, Médiations en thérapie familiale psychanalytique : Le plan de la maison, approche de la métapsychologie des liens sociaux. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*. Editions Erès, 2004, 41, pp. 103-122.

⁵⁶ Donald Woods Winnicott (1971), *Jeu et réalité*, L'espace potentiel. Paris, Gallimard, 2002, 276 p.

Dans son ouvrage intitulé *Le corps de l'œuvre*, D. Anzieu (1981)⁵⁷ s'intéresse aux processus créatifs chez les artistes (écrivains). Pour cela, l'auteur, propose cinq phases dans cette création, à savoir l'état de saisissement créateur au cours duquel il y a déclenchement du travail créateur ; la prise de conscience liée à l'attention portée à une représentation. Autrement dit, il s'agit pour le créateur de saisir une réalité psychique de moindre importance, de la transformer en « *noyau générateur* » d'œuvre d'art ou de pensée ; la création d'un code en lui donnant une opérativité, c'est-à-dire qu'un corps est donné au code pour permettre la production de l'œuvre ; la composition de l'œuvre qui se fait par le choix d'un genre, d'un travail de style, d'agencement interne des parties dans une organisation de l'œuvre et la production de l'œuvre au dehors se caractérisant par l'exposition de l'œuvre au public pour affronter la critique ou l'indifférence.

Cependant, ces phases sont des registres de fonctionnement ou des états psychiques qui peuvent se rencontrer dans d'autres domaines que l'art. C'est le cas du domaine psychopathologique ou encore des domaines culturels comme la religion, les systèmes de pensée. Pour cela, en se servant des travaux anthropologiques de C. Lévi-Strauss (1964⁵⁸, 1967⁵⁹, 1968⁶⁰), D. Anzieu (1989)⁶¹ construit son échelle des symbolisations. Par celle-ci, l'auteur cherche à saisir la mobilisation psychique de chacun. Cette mobilisation peut être superficielle ou profonde, partielle ou totale. A cet effet, l'auteur (1989) différencie-t-il cinq niveaux de symbolisation :

Le premier niveau porte sur les qualités sensibles. Ce sont les « *logique des sensations* ». Le deuxième niveau porte sur la « *logique des formes* ». Le troisième niveau s'intéresse aux relations d'opposition et de passage d'un terme à un autre. La quatrième niveau fait ressortir des relations de classifications temporelles, des processus dialectiques, etc. Et le dernier niveau, concerne la pensée dite logique.

Ainsi, pour D. Anzieu (1989), il existe quatre niveaux de structuration de mythes auxquels il ajoute un autre niveau. Ces cinq différents niveaux constituent des échelles des symbolisations permettant de noter les niveaux de fonctionnement psychique de chaque individu, et par conséquent de repérer les failles de fonctionnement psychique chez un patient.

2.3. La symbolisation chez R. Roussillon

En s'intéressant aux sujets en souffrance, R. Roussillon (1995) a élaboré un modèle de la symbolisation. Dans un texte intitulé « *Symbolisation et transitionnalité* », l'auteur définit

⁵⁷ Didier Anzieu, *Le corps de l'œuvre*, Paris, Gallimard, 1981, 377 p.

⁵⁸ Claude Lévi-Strauss, *Le cru et le cuit. Mythologiques I.* Paris, Plon, 1964.

⁵⁹ Claude Lévi-Strauss, *Du miel aux cendres. Mythologiques II.* Paris, Plon, 1967.

⁶⁰ Claude Lévi-Strauss, *L'origine des manières de table. Mythologiques III.* Paris, Plon, 1968

⁶¹ Didier Anzieu, Note pour introduire l'échelle des symbolisations. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, 1989, 6, pp. 1775-1778.

deux niveaux de symbolisation, à savoir la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire.

La symbolisation primaire suppose un travail psychique de subjectivation de l'expérience brute, à savoir les traces mnésiques et perceptives. A partir de ces traces mnésiques, le sujet aboutit à des représentations de choses. C'est la symbolisation primaire. En ce qui concerne la symbolisation secondaire, elle constitue un autre type de travail psychique qui se caractérise par un travail de liaison entre les différentes représentations. Toutefois, Pour R. Roussillon (1995), selon les différents niveau de symbolisation, le défaut de symbolisation serait à l'origine d'une pathologie précise.

2.4. Activités symbolisantes et symbolisation selon B. Chouvier

Dans son article intitulé *Les fonctions médiatrices de l'objet*, B. Chouvier (2002)⁶² repère et caractérise les types de fonctions médiatrices que peuvent remplir les réalités (les représentations). Pour cela, l'auteur différencie trois niveaux de symbolisation ou niveaux de structurant l'activité symbolisante, à savoir le niveau expressif, le niveau signifiant et le niveau relationnel.

Le niveau expressif se caractérise par l'externalisation de l'objet, à l'origine du processus de création. Il s'agit alors d'un processus de symbolisation. D'un point de vue signifiant, par l'expression d'une forme, il y a la recherche d'un sens. Dans ce cas, chaque expression possède un sens implicite ou explicite. Et d'un point de vue relationnel, il existe une démarche intersubjective où l'objet est construit à partir du transfert, c'est-à-dire à partir de toute relation inconsciente unissant le sujet à un autre qui est pris comme support de ce qu'il n'est pas mais qu'il pourrait être (S. Freud 1904). Ainsi, ces trois niveaux caractérisent des manifestations des processus de symbolisation.

2.5. Groupe comme médiateur de la symbolisation chez R. Kaës

Ce modèle repose sur les travaux de D. Anzieu (1978)⁶³ et de R. Kaës (1993)⁶⁴ pour qui, la médiation constitue le support projectif du groupe. Elle contient les vécus affectifs des membres du groupe, reposant sur l'imaginaire de ce groupe. Elle a alors une fonction de contenance. Dans cette perspective, les représentations, les croyances peuvent servir de contenant pour les membres du groupe auquel ils appartiennent. Et le partage des mêmes représentations et croyances va permettre la constitution d'une illusion groupe reposant sur un même imaginaire. Une des conséquences de cette appartenance groupale est la confusion des identités.

Ainsi, toutes ces approches théoriques permettront de comprendre la problématique de la symbolisation qui sous-tend les représentations de la maladie mentale. Au-delà de

⁶² Bernard Chouvier, *Les fonctions médiatrices de l'objet. Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod, 2002, pp. 29-59.

⁶³ Didier Anzieu, *Le groupe et l'inconscient*. Paris, Dunod, 1978, 346 p.

⁶⁴ René Kaës, *Le groupe et le sujet du groupe: éléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Paris, Dunod, 1993, 352 p.

l'approche analytique, on fera aussi référence aux approches phénoménologiques pour comprendre les expressions du sujet dans l'« *ici et maintenant* ». En effet, il s'agit de comprendre la façon dont le sujet s'exprime (E. Minkowski, 1927)⁶⁵. Car, au-delà de l'interprétation que fournit l'approche psychanalytique, il semble nécessaire d'analyser les représentations qui dépendent d'une culture. En ce sens, à quoi peuvent renvoyer par exemple les réponses « *chauve-souris* », « *prière* » ou « *masque* » données par le sujet ? Dans cette perspective, les deux approches (psychanalyse et phénoménologique) seront complémentaires pour comprendre la problématique de la symbolisation.

Après avoir décrit toutes ces approches, il convient de voir maintenant comment elles s'articulent par rapport à la représentation de la maladie mentale⁶⁶.

Chapitre 3. La question de la représentation

Ce travail s'inscrit dans le champ de la psychologie sociale clinique. Il implique la prise en compte du « *sujet social* ». En effet, celui-ci est pris dans un tissu de représentations sociales et culturelles sur lesquelles viennent se greffer ses représentations psychiques. De ce fait, il s'agit de s'intéresser au concept même de représentation. Pour cela, sur la base de ces caractéristiques, et des données cliniques, il est important de voir la relation qui existe entre la question des représentations de la maladie mentale et les processus qui les sous-tendent. Et enfin, il s'agira de présenter quelques approches pouvant m'aider à comprendre cette problématique.

1. Définitions

La notion de représentation implique un ensemble de définitions. Le but n'est pas de toutes les présenter, mais on va faire allusion à quelques unes pouvant aider à comprendre la problématique de cette recherche.

D'un point de vue épistémologique, la représentation est « *'acte par lequel quelque chose est présent ou se présente à l'esprit et qui forme le contenu concret d'un objet de pensée* »⁶⁷. Dans ce sens, il y a l'idée de *mise en présence*. Autrement dit, il y a une situation signifiante, visible ou invisible, des figures évocatrices. Cela peut se comprendre, par exemple, par la représentation théâtrale où le spectateur vit dans la réalité des actions. Les gestes et les paroles des acteurs donnent une apparence concrète à des situations imaginaires impliquant le spectateur.

D'un point de vue symbolique, par la représentation, l'être humain produit et utilise

⁶⁵ Eugène Minkowski (1927), *La schizophrénie*. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes, Paris, Payot et Rivages, 1997, 265 p.

⁶⁶ Voir Deuxième partie, chapitre 2.

⁶⁷ André Jacob, *Dictionnaire: les notions philosophiques*. Paris, PUF, 1990, Tom 2.

des symboles. Il y a représentation lorsque les éléments d'un « *ensemble d'objets sont exprimés, traduits ou figurés sous la forme d'un nouvel ensemble d'éléments, et qu'une correspondance systématique se trouve réalisée entre l'ensemble de départ et l'ensemble d'arrivée* », mettant ainsi en corrélation le représentatif et le représenté. Une fois les corrélations faites, les représentations forment des systèmes de représentations, devenant alors des valeurs, des symboles, des faits culturels propres à une société.

Sur la base de ces définitions, la notion de représentation peut être saisie à partir de deux niveaux : social et psychique. Ce qui pose alors la question des relations entre les représentations sociales et les représentations psychiques.

1.1. Des représentations sociales

La question des représentations de la maladie mentale soulève celle des représentations sociales. En effet, dans la société gabonaise, la compréhension de certains phénomènes comme la maladie mentale repose sur un ensemble de représentations dites « *sociales* »⁶⁸. Ce sont des théories de sens commun, une « *forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (D. Jodelet, 1989, 53). A cet effet, ces formes de connaissance servent-elles de normes, de valeurs à un groupe. Pour C. Guimelli (1999, 12)⁶⁹, les représentations sont un « *ensemble des connaissances, des croyances, des opinions partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné* ». Dans ce sens, il s'agit des représentations au pluriel. Pour cela, cette notion renvoie aux représentations culturelles aux systèmes de pensée d'une société.

Par ailleurs, avec la question des représentations sociales se pose aussi celle du symbolique. En effet, en tant que *forme générale de toute connaissance*, la représentation se caractérise par deux pôles : le représentatif et le représenté qui peuvent être substitués au subjectif et à l'objectif. Dans ce cas, représenter, c'est correspondre à quelque chose d'autre, en être le signe, le symbole ou le terme corrélatif (représentatif/représenté). Ainsi, il existe une relation avec la fonction symbolique. On peut parler de représentation symbolique.

Dans ses travaux sur l'imaginaire, G. Durand (1969)⁷⁰ note qu'il existe des symboles universaux (archétypes) ayant chacun une homogénéité du signifiant et du signifié. Sur la base de ces symboles, il se dégage un fonctionnement et un imaginaire commun. Par exemple, la représentation fumée correspond au symbole feu. Dans ce sens, il convient de noter la relation entre le représenté et le représentant. Il s'agit d'une relation dite symbolique.

La particularité des représentations sociales est d'être présentes chez tout individu,

⁶⁸ Voir Deuxième partie, Chapitre 1.

⁶⁹ Christian Guimelli, *La pensée sociale*, Paris, PUF, QSJ n° 3453, 1999, 127 p.

⁷⁰ Gilbert Durand, *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*: introduction à l'archétypologie générale. Paris, Dunod, 1993, 535 p.

qu'il soit « *normal* » ou malade. Le tout est maintenant de savoir comment ces modes de connaissance, ses symboles passent du social au psychique ? Autrement dit, comment ce qui est social ou symbolique est symbolisé ou réélaboré psychiquement par le sujet ?

D'un point de vue psychique, au-delà de ce symbolisme universel ou collectif, il existe aussi un symbolisme personnel ou individuel ; celui-là même qui est le fruit de la subjectivité du sujet, de sa symbolisation. Dans ce sens, au lieu d'être le symbole du feu, la fumée pourra renvoyer à quelque chose d'autre pour le sujet en fonction de sa problématique personnelle. De ce fait, la représentation désigne une activité, un processus et un contenu d'un acte de pensée. En tant que telle, la représentation se caractérise alors par une absence et une répétition ; elle est témoin d'un double ailleurs avec un risque de déformation. Ce qui soulève la question de reflet de vérité de la représentation.

1.2. Aux représentations psychiques

En définissant la représentation comme une mise en présence actuelle et sensible, il y a, d'une part, l'idée d'une seconde présence, une répétition imparfaite de la présence primitive et réelle d'une personne ou d'une chose absente. Cette proposition évoque la possibilité qu'a le sujet de se représenter intérieurement une personne ou une chose en l'imaginant. Et d'autre part, la représentation implique un travail. Il s'agit du travail de liaison permettant de réduire l'écart par la pensée entre la représentation et l'objet. Dans ce travail, existe un ensemble de processus mis en œuvre ; processus découverts par la psychanalyse dans le cadre du fonctionnement psychique, notamment dans le cadre du travail du rêve.

A travers cette question de la subjectivité ou de représentation psychique, se pose aussi celle des processus psychiques, et particulièrement de la symbolisation. Ceux-ci peuvent être notés à travers certaines activités psychiques comme la mentalisation ou la représentation. D'une part, la mentalisation consiste à établir un lien de transformation entre une impulsion énergétique et une forme psychique étroitement associée à cette tension pulsionnelle et à sa décharge dans des conditions où l'impulsion énergétique ne trouve pas à se satisfaire directement. Dans ce cas, il y a substitution de la voie directe par une nouvelle voie liée à l'expérience de l'absence ou du défaut de l'objet. D'autre part, par la représentation, il s'agit d'établir un lien entre une présence qui s'est absentée et une absence représentée. Et cela, à travers l'expérience du manque.

Cependant, l'objectif est de mettre en rapport une représentation psychique subjective et un système de codes ou de représentations. Sur la base de ce lien naît une communication intra et intersubjective dont le statut et le destin vont dépendre de l'importance accordée soit à la représentation psychique, soit au système de représentations. Autrement dit, l'appropriation par le sujet des représentations culturelles va être à l'origine d'une représentation psychique.

C'est justement dans le cadre de ces processus qu'on va essayer de rendre compte de l'organisation spécifique de la représentation, du point de vue de la satisfaction qui en découle, de la délégation qu'elle rend possible et de la signification qu'elle construit. Pour cela, on va essayer de saisir les rapports qui existent entre les représentations culturelles

et les représentations individuelles, représentations conscientes et représentations inconscientes d'une part, et d'autre part, entre les systèmes de représentations (croyances).

Afin d'y parvenir, il faut tenir compte de la complexité du champ conceptuel de la représentation et la façon dont certaines formations psychiques, à savoir les croyances, s'y inscrivent. A partir de là, je vais centrer l'élaboration du concept de représentation sur le fonctionnement psychique qu'elle implique, notamment le travail psychique qui en découle : travail du lien intrapsychique, travail du lien intersubjectif, travail du compromis proche de celui du rêve.

Après avoir défini la question des représentations sociales et celle des représentations psychiques, ainsi que leur intrication, il paraît important maintenant de s'intéresser aux différentes caractéristiques de cette notion de représentation.

2. Répétition et lien comme formes de représentation

La question des représentations de la maladie mentale fait appel à un ensemble de caractéristiques pouvant aider à comprendre la problématique de cette recherche. Parmi ces caractéristiques, on peut noter la notion de répétition, celle de lien et de système de pensée.

2.1. La répétition

La référence aux mêmes croyances pour représenter un objet, la maladie mentale en particulier, soulève chez le sujet la question de la répétition. En effet, pourquoi le sujet répète ? Que signifie alors répéter ?

2.1.1. Définitions

Dans son sens étymologique, la notion de représentation fait allusion au re-doublement, à la répétition. Ce terme se rencontre en psychologie, et en particulier en psychanalyse pour signifier que quelque chose revienne sans cesse chez le sujet, le plus souvent à son insu ou sans projet délibéré de sa part. Dans le domaine artistique par exemple, un sujet répète dans le but de maîtriser un texte ou un geste d'acteur. De même, un musicien répète pour maîtriser ses notes musicales. Dans ce cas, il y a répétition de la même note, du même texte. L'objectif est non seulement d'intégrer dans son univers ce qui lui est étranger au départ, afin de le maîtriser. Par ailleurs, une autre facette de la répétition consiste à répéter pour intégrer un univers rempli de significations. Dans ce sens, la répétition aurait pour objectif la maîtrise des symboles (J. Lacan, 1978, 113)⁷¹, permettant au sujet de répondre à certaines questions, et par conséquent de s'insérer dans un univers social et culturel, de s'intégrer dans un ordre symbolique.

D'un point de vue clinique, la répétition se caractérise par le fait que « *dans les représentations du sujet, dans son discours, dans ses conduites, dans ses actes ou dans*

⁷¹ Jacques Lacan, Le moi dans la théorie de S. Freud et dans la technique psychanalytique. *Le Séminaire II*, Paris, Seuil, 1978.

les situations qu'il vit, fait que quelque chose revienne sans cesse, le plus souvent à son insu et, en tout cas, sans projet délibéré de sa part »⁷² . A cet effet, convient-il de noter qu'une des caractéristiques de la répétition est qu'elle se passe à *l'insu du sujet*. Ce qui implique l'importance des motifs inconscients du sujet. Et cette répétition porte sur n'importe quelle activité du sujet. De ce fait, que répète le sujet à travers son activité, en particulier à travers les représentations de la maladie mentale ?

2.1.2. Répétition pour atteindre de nouveau, répétition pour reprendre

Le concept de répétition implique deux formes de répétition : une reposant sur la base des signifiants structurants. C'est la *répétition de la différence* (G. Deleuze, 1968)⁷³ . Et l'autre, sur des signifiants aliénants. Elle se caractérise par la *répétition du même*. Ces deux formes de répétition renvoient au sens étymologique du mot latin *repetere*, voulant dire d'une part recommencer afin d'atteindre de nouveau, et d'autre part, recommencer afin de chercher pour reprendre. On peut résumer cette définition dans le schéma suivant :

Par rapport à ce travail, on peut noter l'idée du « *même* » rencontrée dans les représentations d'un phénomène, à savoir la répétition, en tant recommencement pour atteindre de nouveau. Cette répétition du « *même* » se caractérise par l'utilisation des mêmes croyances ou des mêmes représentations culturelles. Cependant, deux conséquences peuvent découler de cette utilisation du même, à savoir, soit la répétition conduit à une situation sans issue, à une impasse. Dans ce sens, le sujet répète dans une forme de stéréotypie. C'est le cas de l'enfant autiste lorsqu'il est confronté aux comportements stéréotypés et automatisés. On peut parler alors de processus de « *répétition-répétition* ». Soit, la répétition repose sur le même mais reconstruit par le sujet à sa propre mesure. Il s'agit d'une répétition subjective. On peut alors parler du processus de « *répétition-symbolisation* ».

Dans la deuxième perspective, le sujet utilise les représentations, les croyances qui sont les mêmes qu'il reconstruit selon sa subjectivité. Ce qui me permet d'émettre l'hypothèse selon laquelle la répétition est une symbolisation ou plus précisément forme de symbolisation. A travers la répétition, il y a l'élaboration psychique d'une situation problématique. Dans ce cas, quel est alors le rôle de la culture dans cette élaboration psychique ?

Au-delà de la notion de répétition, il se pose aussi la question de lien à travers la représentation de la maladie mentale. Ce qui conduit à s'intéresser alors à cette question de lien.

2.2. La notion de lien

La notion de répétition est en relation avec celle de lien. Dans le cas des représentations de la maladie mentale, on peut noter qu'il existe des relations entre les différentes

⁷² Roland Chemama et Bernard Vandermersch, *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris, Larousse, 2003, 462 p.

⁷³ Gilles Deleuze, *Différence et répétition*. Paris, PUF, 409 p.

représentations et le phénomène. Dans les sociétés traditionnelles, la maladie mentale renvoie à un ensemble de croyances montrant ainsi un lien entre le phénomène de la maladie mentale et les croyances. De ce fait, qu'est-ce que le lien ? Sur quoi reposent ces liens ? Et quelle est l'importance sur le plan psychologique de ces liens chez le sujet ?

2.2.1. Définitions

D'un point de vue général, la notion de lien fait allusion à l'idée que quelque chose est lié à une autre chose. C'est en l'éthologie que la notion de lien a été développée le premier. En effet, à partir de la théorie de l'empreinte, K. Lorenz (1965)⁷⁴ décrit le comportement du petit animal qui suit le premier vivant qui s'est occupé de lui.

En psychologie, la notion de lien a été utilisée pour signifier ce qui relie un sujet à un autre ou encore deux objets entre eux. En psychanalyse, en particulier, de nombreux travaux s'intéressent aux difficultés des jeunes enfants en les prenant dans leur environnement. Dans ce sens, R. Spitz (1968)⁷⁵ parle de l'hospitalisme et J. Bowlby (1999)⁷⁶ de l'attachement et particulièrement du lien d'attachement. A ces travaux, s'ajoutent ceux effectués sur les groupes (R. Kaës, 1993). De là, un ensemble de travaux vont être faits sur l'observation du bébé, de l'interaction mère-enfant, sur les groupes restreints (couple) ou élargis (famille). L'objectif de ces travaux est de saisir cette question du lien.

Dans la compréhension du fonctionnement psychique, si S. Freud (1921)⁷⁷ s'intéresse à la construction de l'objet interne à travers la question de la représentation et celle de la symbolisation, il s'est, en même temps, occupé de l'effet que peut avoir l'objet externe chez le sujet. Il s'agit des « *effets de la présence* » se manifestant par un lien. En effet, l'auteur note que les « *effets de la présence* » sur la transformation psychique du sujet. L'individu adopte les valeurs et les points de vue d'un chef auquel il se soumet et qui constitue pour lui le porte drapeau, le représentant. Cette restriction narcissique que s'impose les individus prennent pour appui l'existence des liens entre les différents membres du groupe. Pour S. Freud (1921), il s'agit des « *liaisons libidinales d'une nouvelle sorte entre les membres de la masse* ».

De nombreux travaux ont été faits sur la question du lien, parmi lesquels ceux de W. Bion (1961)⁷⁸. En effet, à partir des petits groupes, l'auteur définit d'abord le lien comme un mécanisme d'identification projective. Ensuite, il utilise la métaphore de la fonction alpha de la mère supportant les projections de son enfant, les éléments « *bêta* », qu'elle

⁷⁴ Konrad Lorenz (1965), *Essai sur le comportement animal et humain*. Paris, Editions du Seuil, 1970, 484 p.

⁷⁵ René Arpad Spitz (1968), *De la naissance à la parole*. La première année de la vie. Paris, PUF, 9^{ème} édition, 306 p.

⁷⁶ John Bowlby, *L'attachement*. Paris, PUF, 3^{ème} édition, 1999, 539 p.

⁷⁷ Sigmund Freud (1921), *Psychologie des masses et analyse du Moi*. *Œuvres complètes*. Psychanalyse 16. Paris, Payot, 1991, pp. 5-83.

⁷⁸ Wilfred Bion (1961), *Recherches sur les petits groupes*. Paris, P.U.F., 2^{ème} édition, 1972.

lui renvoie après les avoir détoxiqués. Dans ce processus, ce qui caractérise le lien est le double mouvement : celui de l'enfant vers la mère et celui de celle-ci vers l'enfant par un retour. Ce lien repose sur le système de la communication. Du point de vue psychanalytique, il s'agit du mécanisme d'« *identification projective* » qui est mis en relief.

A travers ce processus, il y a l'établissement d'un lien entre la mère et son enfant car la mère, en tant que pare-excitation, va adapter les représentations douloureuses en tenant compte des capacités de l'enfant, posant ainsi la question de la relation entre les représentations qu'elle utilise et l'objet par lequel elle le représente. Ce processus se créant entre la mère et son enfant constitue l'essentiel du « *jeu de prendre et de rendre* » caractéristique de la fonction de soutenance, à savoir le fond, les croyances, les représentations et l'objet sur qui porte ces croyances.

Cependant, quelle relation existe-t-il entre le lien et la liaison ?

La notion de lien diffère de celle de liaison. En se servant des travaux de S. Freud (1895), C. Athanassiou-Popesco (1998)⁷⁹ essaie de rapprocher le concept de lien selon W. Bion (1959) et celui de liaison utilisé par S. Freud (1895). En effet, pour ce dernier, la liaison est en rapport avec la « *fonction essentielle* », c'est-à-dire avec le concept de pulsion, en tenant compte de sa source, de l'objet de satisfaction, du but et de son trajet.

Cependant, pour certains psychanalystes, il existe une confusion entre les notions de lien et de liaison, même si d'autres les différencient. Cela est lié au fait que le concept de lien ne fait pas partie des concepts S. Freudiens, mais plutôt celle de liaison (M. Dupré La Tour, 2002)⁸⁰. Dans cette perspective, J. Laplanche et J-B. Pontalis (1967)⁸¹ note que la notion de liaison est « *utilisé par S. Freud pour connoter d'une façon très générale et dans des registres relativement divers -- aussi bien au niveau biologique que dans l'appareil psychique -- une opération tendant à limiter le libre écoulement des excitations, à relier les représentations entre elles, à constituer et à maintenir des formes relativement stables* ».

Par la liaison d'une représentation à une autre ou par la liaison entre les représentations, il existe une forme de causalité, à savoir que le premier terme de liaison suscite l'activation du second. Par rapport à la clinique de mon terrain, le phénomène de la maladie mentale, par exemple, fait appel aux croyances à la sorcellerie. Il s'agit bien d'un lien ou d'une liaison associative ou d'une association. Sur cette base, S. Freud (1895) s'intéresse aux processus psychiques et particulièrement à ceux de représentation et de symbolisation.

Mais quelles sont les caractéristiques principales de ce lien ?

2.2.2. Le lien à travers la mentalisation et la représentation

La notion de lien peut se rencontrer à travers plusieurs activités psychiques. Dans ses travaux sur la pensée, W. Bion (1959) s'intéresse à la question du lien, et plus

⁷⁹ Cléopâtre Athanassiou-Popesco, *Le concept de lien en psychanalyse*. Paris, PUF, 1998, 280 p.

⁸⁰ Monique Dupré La Tour, Le lien repères théoriques. *Le lien de couple et ses paradoxes*, Dialogue, n° 155, 2002, pp.27-40.

⁸¹ Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967.

particulièrement à la transformation du lien. A cet effet, pour l'auteur, existe-t-il plusieurs formes de lien rencontrées à travers différents processus à savoir la mentalisation, la représentation et la mise en rapport entre une représentation psychique et un système de pensées.

En ce qui concerne la mentalisation, mentaliser, consiste à établir un lien de transformation entre une impulsion énergétique et une forme psychique étroitement associée à cette tension pulsionnelle et à sa décharge dans des conditions où l'impulsion énergétique ne trouve pas à se satisfaire directement. Dans ce cas, il y a substitution de la voie directe par une nouvelle voie liée à l'expérience de l'absence ou du défaut de l'objet. Ainsi, le travail de mentalisation est un travail de lien entre la représentation psychique (absence représentée) et la codification groupale, en tant que systèmes de procédures ou de contenus prédisposés utilisables pour la formation de la représentation (R. Kaës, 1989, 96)⁸².

Pour la représentation, le verbe représenter consiste à établir ou rétablir un lien. Il s'agit d'un lien entre une présence qui s'est absentée et une absence représentée. Et cela, à travers l'expérience du manque. Enfin, le troisième mode de lien met en rapport une représentation psychique subjective et un système de codes ou de représentations. Sur la base de ce lien va naître une communication intra et intersubjective dont le statut et le destin vont dépendre de l'importance accordée soit à la représentation psychique, soit au système de représentations.

Sur la base de ces formes de lien, W. Bion (1965)⁸³ s'intéresse aussi aux modes de transformation de ces liens. Pour cela, l'auteur parle de la *fonction alpha* qui est cette capacité de l'appareil psychique de la mère à transformer les motions douloureuses que l'enfant n'arrive pas à transformer en représentants psychiques. Par la transformation, il s'agit de la capacité pour la mère à recevoir et à contenir les motions douloureuses. De même, cette fonction alpha concerne aussi les processus et les modes de transformation en relation avec les systèmes de culturels et sociaux. Autrement dit, ceux-ci permettent de contenir les angoisses véhiculées par les sujets. Dans le cadre de cette recherche, on va s'intéresser au lien mettant en rapport une représentation psychique et un système de représentations. Mais ce lien n'est possible que s'il est mentalisé et mis en présence.

Parler de la question du lien entre la représentation psychique et les systèmes de représentations soulève celle des rapports entre culture et psychisme. Du point de vue clinique, comme précédemment vu⁸⁴, certaines pensées, représentations, conduites, comportements, etc. sont influencés par des systèmes de pensées basés sur des représentations traditionnelles. Par exemple, les représentations psychiques sur la maladie mentale mobilisent un ensemble de croyances traditionnelles (sorcellerie, esprits, etc.). Pour cela, la maladie mentale est la conséquence par exemple d'une action

⁸² René Kaës, Jean. Perrot, Jacques Hochmann, Christian Guérin et al., *Contes et divans: médiation du conte dans la vie psychique*. Paris, Dunod, 1989, 227 p.

⁸³ Wilfred Bion (1965), *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris, P.U.F., 1982, 207 p.

⁸⁴ Voir Première partie : Chapitre 1 : Les représentations de la maladie mentale et les thérapies au Gabon.

sorcière. Dans ce sens, ce sont les croyances à la sorcellerie qui vont servir de base à l'explication et à la compréhension de la maladie mentale.

Dans ce travail de mentalisation existant, s'établit ou pas un lien entre la représentation (absence représentée) et les systèmes de représentations culturelles forment un ensemble de contenus prédisposés. Pour le groupe partageant les mêmes modèles culturels, il s'agit d'un étayage culturel qui joue un rôle d'appui, c'est-à-dire d'accréditement de la représentation (R. Kaës, 1989). Mais étant une mise en relation, la notion de lien implique un travail. C'est le travail de lien.

2.2.3. Les processus de liaison

En définissant le lien comme une activité, il y a dans cette notion l'idée de travail et celle de processus. Il s'agit alors du processus ou du travail de liaison. Dans ce sens, que signifie cette notion de travail ? Quelles relations a-t-elle avec la notion de liaison ?

Du point de vue étymologique, la notion de travail implique l'existence d'un cadre et d'un soutien qui permet l'élaboration du lien ou au contraire la libre circulation du voyage. Du point de vue psychologique, le travail est une « *transformation produite sous l'effet de modifications énergétiques d'intensité variable, de formes, de processus et de systèmes de relations psychiques* ». C'est ce travail de formation et de transformation qui constitue le lien. Ce travail de liaison peut s'observer à travers la formation des symptômes.

S'étant intéressé à la formation des symptômes, S. Freud met en relief une organisation en systèmes d'un ensemble de liaisons ou de correspondances. S. Freud (1895)⁸⁵ décrit chez l'hystérique des idées se construisant en réseaux. Réunis entre eux, ces réseaux créent des « *noyaux* », à l'origine de l'« *organisation pathologique* ». Par ailleurs, S. Freud (1896)⁸⁶ note que « *les rats avaient acquis un certain nombre de significations symboliques auxquelles, ultérieurement, s'en ajoutaient toujours de nouvelles* ». De ce fait, le rat a une liaison avec l'argent, le pénis, les vers dans l'anus, etc., d'où le réseau de correspondances ou de liaisons. Ces systèmes de liaisons forment un ensemble de représentations. De même, S. Freud (1900)⁸⁷ note qu'il existe cette même correspondance entre deux termes et une organisation en réseaux. Pour l'auteur, le rêve est fait d'un ensemble de symboles s'organisant en réseaux.

De ce fait, il convient de distinguer deux niveaux, à savoir celui où s'établissent des correspondances terme à terme, et celui où ces correspondances s'organisent en réseaux. Ces deux niveaux de liaison correspondent à ce que R. Perron (1992)⁸⁸ appelle d'une part, la représentation où il existe un simple travail de liaison et d'autre part, la symbolisation qui prend en compte le travail de liaison qui tisse des relations entre représentations. Dans ce sens, représentation et symbolisation constituent deux niveaux

⁸⁵ Sigmund Freud, Joseph Breuer (1895), *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1994, 12^{ème} édition, 254 p.

⁸⁶ Sigmund Freud (1896), *L'homme aux rats. Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1995, 19^{ème} édition, pp. 199-261.

⁸⁷ Sigmund Freud (1900), *L'interprétation des rêves. Œuvres complètes. Psychanalyse IV*. Paris, PUF, 2004, 756 p.

⁸⁸ Roger Perron, Représentation, symbolisation, théorisation. *Revue Française de Psychanalyse*, 1992, 1, pp. 159-174.

de travail de liaison. Mais pour l'auteur, les « *représentations préexisteraient aux relations que tisse entre le travail de symbolisation. Alors que la symbolisation crée le matériau même qu'elle propose de travailler, c'est-à-dire les représentations, dont ensuite elle remanie sans cesse les agencements* »⁸⁹.

Dans cette perspective, le travail de liaison implique un travail de transformation (W. Bion, 1965) consistant à obtenir la satisfaction par l'intermédiaire de la représentation. Cette satisfaction se fait par la mise en relation d'un objet avec un autre. Ainsi, le lien est un travail de transformation. Pour cela, il convient de noter deux modes de transformation. D'une part, il y a la transformation d'une quantité d'énergie en une qualité de forme psychique capable de contenir la décharge pulsionnelle. D'autre part, il existe une transformation due aussi à la substitution d'une voie directe par une nouvelle voie, suscitée par l'expérience de l'absence ou le défaut de l'objet. Par ce travail de représentation, il y a établissement d'un lien entre une présence non absente et une absence représentée. Ce lien est soutenu par des inscriptions mnésiques et les processus associatifs.

Entre ces deux modalités de transformation, il existe une autre modalité se situant entre le pôle corporel de la représentation et le pôle symbolique du processus de mentalisation. Dubor (1976) parle de la capacité qu'a le sujet de transformer ses impulsions internes par des « *agirs expressifs* ». Pour cet auteur, l'agir est :

« cette possibilité de décharge directe des pulsions s'exprimant dans des manifestations corporelles comportementales ayant la caractéristique d'actualiser d'emblée la pulsion et son éprouvé dans le contexte circonstanciel énergétique et dynamique, ceci sans passer obligatoirement par la chaîne de mentalisation de désir de ses représentants imaginaires ou symboliques. Aussi, l'agir peut-elle être une modalité signifiante systématisée, ancrée dans l'éprouvée corporel, d'une motion corporelle qui utilise le poids du réel pour se faire comprendre ».

Du point de vue clinique, si l'auteur situe cette modalité relationnelle chez les psychotiques en particulier, il convient de noter qu'elle existe aussi chez les individus qui, se croyant confrontés aux croyances à la sorcellerie, vont porter sur eux des « *fétiches* » (dans son sens anthropologique) dans le but de se « *protéger* » contre les sorciers.

Le travail de transformation implique la notion de processus. Dans le travail du deuil par exemple, il s'agit du processus par lequel le sujet lutte contre la réaction dépressive, entraînée chez lui par la perte d'un être chère. Dans ce sens, il existe un lien entre la réaction dépressive et la perte de cet être cher. De ce fait, la mentalisation par le sujet des représentations culturelles pour former ses propres pensées peut-elle être considérée comme un travail ou un processus de liaison ?

Le processus renvoie à une succession d'événements conduisant un objet à changer de forme ou d'état selon une évolution où plusieurs étapes peuvent être repérées. Dans ce sens, considérer le lien comme un processus psychique m'amène à m'intéresser au lien en tant que transformations s'opérant dans la mise en relation entre deux objets. C'est le cas lorsqu'il y a association entre des quantités de stimulations physiologiques et

⁸⁹ Roger Perron, Idem, p. 165.

des qualités psychiques ou des pré-constructions culturelles et leur investissement et reconstruction psychiques. Dans cette perspective, comment les systèmes de représentations utilisés par le sujet sont-ils transformés par le sujet ?

Ainsi, en tant qu'« *ensemble de liaisons où quelque chose va représenter quelque chose d'autre pour quelqu'un* » (A. Gibeault, 1989)⁹⁰, la liaison est un processus. De ce fait, il convient, selon M. Perron-Borrel (1989)⁹¹, de distinguer deux types de liaisons : d'une part, une liaison entre ce qui symbolise et ce qui est symbolisé, et d'autre part, une liaison en rapport avec « *l'objet manquant appelé à re-advenir dans l'espace psychique* ». Ce qui peut être compris à travers le schéma suivant :

En ce qui la relation entre symbolisant et symbolisé, elle peut s'observer à travers l'utilisation des croyances. Dans cette perspective, R. Kaës (1984)⁹² considère le conte, le rêve, le mythe, les croyances comme des phénomènes psychiques sous-tendus par un ensemble de processus de symbolisation et mettant en jeu la réalité psychique, la trame de l'intersubjectivité et les formations culturelles et sociales. Cette relation est aussi valable dans le cas de « *l'objet manquant* » appelé à re-advenir dans l'espace psychique. Seulement pour que cet objet ré-advienne, il peut se servir des formations culturelles existant dans la société.

3. Approches théoriques des représentations

De nombreux travaux se sont intéressés à la question des représentations. Dans cette partie, il ne s'agit pas de faire le tour de ces travaux mais de m'arrêter sur quelques uns pouvant permettre de comprendre la problématique de cette recherche. Pour cela, je vais d'abord parler des travaux sociologiques et anthropologiques ; ensuite, je parlerai des travaux psychologiques et psychanalytiques ; et enfin, je citerai quelques travaux relatifs à l'approche « *complémentariste* ».

De nombreux travaux ont été effectués sur les représentations dans ces domaines. A ce niveau, je vais tenir compte des travaux de E. Durkheim et F. Laplantine qui ont été faits sur les représentations.

Dans ces domaines, la question des représentations a été l'objet de plusieurs études. Cet intérêt remonte déjà à E. Durkheim (1898)⁹³, qui, dans son article intitulé « *Représentations individuelles et représentations collectives* », fait une analyse sociologique des représentations, plaçant ainsi les faits sociaux au dessus des faits individuels. En effet, pour l'auteur, le groupe social (la société) constitue l'unité de base en sociologie. Il est régi par un système : la « *conscience collective* » ou l'« *âme collective* ».

⁹⁰ Alain Gibeault, Présentation du rapport : Destins de la symbolisation. *Revue Française de Psychanalyse*. LIII, 6, 1989, pp. 1493-1515.

⁹¹ Michèle Perron-Borrel, Introduction, *Revue Française de Psychanalyse*. LIII, 6, 1989, pp. 1487-1491.

⁹² René Kaës, L'étoffe du conte, *Contes et divan*. Les fonctions psychiques des œuvres de fiction. Paris, Bordas, 1984, pp. 1-20.

⁹³ Emile Durkheim (1898) Représentations individuelles et collectives. *Sociologie et Philosophie*, Paris, P.U.F. 1974.

Ce système comporterait des croyances (attitudes mentales et sociales, comme la simple opinion « croire que » ou ayant une connotation religieuse « croire en », proche du mot foi), sentiments, souvenirs, idéaux et aussi des représentations partagées par tous les membres d'une société.

La conscience collective constitue la base de la communauté et est à l'origine des représentations portant sur différents objets : religion, politique, techniques, moral, etc. Pour E. Durkheim (1898), la conscience collective impose à l'individu des façons de penser et d'agir. Celles-ci se matérialisent au niveau des institutions sociales (règles sociales, morales, juridiques ou politiques); de la vie religieuse (croyances, rituels collectifs rencontrés dans les cérémonies religieuses ou non). Par ailleurs, sur le plan idéal, elles sont des formes mentales socialement partagées comprenant des mythes, traditions, savoirs, opinions, visions du temps et de l'espace, croyances. Sur le plan matériel, sont-elles à l'origine des pratiques et des comportements individuels ou collectifs, car ceux-ci reposent sur le fondement même des comportements humains.

De la même façon que la conscience collective, les représentations collectives sont transgénérationnelles, c'est-à-dire qu'elles sont durables au-delà même des générations. Pour E. Durkheim (1898), ce caractère durable des représentations est un point fondamental dans l'intérêt accordé aux représentations collectives aux dépens des représentations individuelles. En effet, pour l'auteur, la durée de vie des représentations individuelles est limitée car elles disparaissent en même temps que leurs concepteurs.

De cet article, va découler un ensemble d'études sur les représentations sociales. L'intérêt accordé aux sociétés traditionnelles va conduire certains auteurs comme M. Mauss (1947)⁹⁴ à saisir les représentations dans les sociétés traditionnelles. En effet pour cet auteur, les représentations collectives sont liées à la dynamique individuelle et aux représentations individuelles. Elles sont le résultat des mécanismes psychologiques individuels qui, eux, sont à l'origine des habitudes, des comportements, des actes.

L'un des champs susceptible d'apporter un sens sur la relation entre la représentation est celui de l'anthropologie culturelle. Né aux Etats-Unis au début du XIX^{ème} siècle, l'anthropologie culturelle essaie d'expliquer, de donner le sens des comportements des individus, tout en tenant compte de leurs cultures différentes. Dans cette perspective, la culture apparaît comme un moyen permettant de comprendre le fait social. La maladie, la santé ou encore les thérapies traditionnelles font partie des objectifs de l'anthropologie culturelle. Quel est alors le sens attribué à la maladie mentale dans la société gabonaise ? Quelle place tiennent les croyances dans la représentation de la maladie mentale ou encore dans l'utilisation des thérapies traditionnelles ? La référence aux croyances pour représenter la maladie mentale est-elle d'ordre culturel ?

F. Laplantine (1986) s'intéresse aux différentes représentations de la maladie. En effet, pour l'auteur, dans le monde contemporain occidental, il existe un ensemble de représentations de la maladie basées sur les modèles étiologiques. Pour cela, il distingue les modèles ontologique et relationnel (fonctionnel) ; exogène et endogène ; additif et soustractif ; maléfique et bénéfique correspondant aux différents modèles thérapeutiques. Ces différents modèles sont regroupés en deux groupes de modèles à l'origine des

⁹⁴ Marcel Mauss, *Manuel d'ethnographie*. Paris, Payot, 1947, 211p.

systèmes de représentations de la maladie et de la guérison.

Ainsi, les représentations sont communiquées dans tout le groupe entier de façon à ce que chaque individu du groupe possède la même représentation. Lorsqu'elles persistent de façon durable et se répètent, elles deviennent des « représentations culturelles ». Ainsi, les représentations culturelles sont un « *sous-ensemble aux contours flous de l'ensemble des représentations mentales et publiques qui habitent un groupe social* ». ⁹⁵ De ce fait, en anthropologie, la question des représentations renvoie aux représentations culturelles qui constituent son objet principal.

Afin de ne pas passer à côté de l'étude des représentations, il convient de tenir compte de l'aspect dynamique qui s'intéresse à la relation entre le culturel, le social et le psychologique (M. Augé, 1974 ⁹⁶, C. Herzlich, 1996 ⁹⁷). Ce genre d'approche est pris en compte par la psychologie.

En psychologie, c'est la psychologie cognitive qui se caractérise par un grand nombre d'études sur les représentations. En effet, les travaux sur l'aspect individuel se sont intéressés à l'étude des modèles mentaux ou des représentations mentales. Par exemple, J. Piaget (1926) ⁹⁸ s'est intéressé à l'importance des représentations dans le développement psychique de l'enfant. En ce qui concerne l'aspect collectif, c'est la psychologie sociale qui s'est récemment intéressée à l'étude des représentations. En effet, l'intérêt d'articuler le psychologique au social a permis de saisir la question de représentation sociale. L'approche psychosociale privilégie la dimension sociale dans la question de la représentation. De ce fait, toute représentation est sociale.

3.1. L'approche psychosociale

La psychologie sociale s'intéresse en même temps à la question des représentations. Avec son ouvrage intitulé *La psychanalyse, son image, son public*, S. Moscovici (1961) ⁹⁹ a été le premier en psychologie à s'intéresser à cette question, en reformulant le concept de représentation collective de E. Durkheim (1898). En effet, en travaillant sur l'image de la psychanalyse en France, l'auteur met en évidence les faits que certaines caractéristiques sociologiques (âge, sexe, niveau socio-économique, etc.) ou psychosociologiques (taille de la famille, le degré de connaissance de la psychanalyse, etc.) des individus sont liées aux représentations différant selon la définition, les buts, les domaines d'invention de la psychanalyse, etc.

Ainsi, pour S. Moscovici (1961, 251), la représentations est « *l'élaboration d'un objet*

⁹⁵ Dan Sperber, L'étude anthropologique des représentations, in *Les représentations sociales*, Paris, P.U.F., pp. 115-130.

⁹⁶ Marc Augé, *La construction du monde : religion, représentations, idéologies*. Paris, Maspéro, 1974, 141 p.

⁹⁷ Claudine Herzlich, *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Paris, Ecoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996, 210 p.

⁹⁸ Jean Piaget, *La formation du symbole chez l'enfant*, Neuchatel, Delachaux et Niestlé, 1976.

⁹⁹ Serge Moscovici, *La psychanalyse, son image, son public*, Paris, PUF, 1976, 2^{ème} édition, 506 p.

social par une communauté avec l'objectif d'agir et de communiquer ». Pour cela, il définit deux mécanismes, d'une part, l'objectivation qui « *permet la concrétisation de ce qui est abstrait [...], la transformation de concepts abstraits ou d'objets étrangers en expérience ou matérialisations concrètes* ». D'autre part, l'ancrage permet l'intégration de l'objet et des informations nouvelles dans le savoir et les catégories de signification préexistants, c'est-à-dire dans le cadre de référence des individus et des groupes sur le double plan cognitif et relationnel (S. Moscovici, 1961, 336).

Si pour le sociologue, les représentations sociales sont monolithiques et statiques, pour le psychologue social, les représentations sont dynamiques et évolutives, à l'image de nos sociétés modernes. A cet effet, les représentations dites sociales sont-elles conçues comme des processus. A l'opposé des représentations collectives qui concernent des groupes sociaux plus larges, les représentations sociales s'intéressent aux groupes restreints, aux petites structures. Ce qui peut permettre des changements rapides par rapport aux représentations collectives. Ces changements sont liés aux influences sociales.

Appliquant cette théorie sur un autre objet, D. Jodelet (1989) s'intéresse aux représentations de la maladie. A cet effet, pour l'auteur, la représentation est une « *forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* »¹⁰⁰.

Au-delà de la dynamique sociale, les représentations sociales se caractérisent aussi par la dialectique entre l'individu et la société. En effet, cette dialectique tourne autour des relations entre individus. Ce qui crée une convergence, une ressemblance (partage) d'idées, d'opinions, en un mot des représentations entre les individus. Ce sont des représentations sociales. Toutefois, les différentes idéologies peuvent avoir une influence sur les représentations individuelles. Ainsi, une représentation sociale n'est ni totalement du domaine du social, ni totalement du domaine de l'individuel D. Jodelet (1989, 40). Les représentations sociales sont alors non seulement inhérentes aux individus, mais aussi liées à la société.

Ainsi, la question des représentations soulève la problématique de leur origine, de leur existence et de leur développement. Dans ce sens, pourquoi les individus représentent ? Comment les individus s'approprient le monde ? Autrement dit, quels sont les processus psychiques responsables de ces représentations ? D'où mon intérêt pour la psychanalyse.

3.2. L'approche psychanalytique

En psychanalyse, la question de la représentation (sociale) s'est posée suite à l'intérêt accordé à certaines formations collectives rencontrées des cultures traditionnelles, à savoir les mythes, contes, croyances, religions, etc. En s'intéressant à ces formations, la psychanalyse tient compte de la dimension de l'inconscient et de l'intersubjectivité. Par cette approche, il convient de voir s'il y a une relation entre la notion de représentation sociale (notion psychosociale mettant en évidence la dimension sociale) et la subjectivité,

¹⁰⁰ Idem, p. 53.

l'inconscient du sujet. La question est de savoir si la dimension sociale peut être saisie à partir de la théorie psychanalytique ?

Dans *Totem et tabou*, S. Freud (1913)¹⁰¹ s'intéresse à la question des représentations, et cela à travers les différentes croyances liées à l'animisme, à l'inceste, etc. Par ailleurs, dans *L'avenir d'une illusion*, S. Freud (1927) prend en compte les idées religieuses qu'il considère comme « *un trésor tout constitué que la civilisation transmet à l'individu* ». Ce trésor préexiste à chacun et chaque individu l'utilise pour sa vie psychique. « *...La civilisation donne à l'individu les idées car il les trouve déjà existantes, elles lui sont présentées toutes faites, et il ne serait pas à même de les découvrir tout seul. Elles sont le patrimoine d'une suite de générations, il en hérite, il le reçoit, tout comme la table de multiplication, la géométrie...* »¹⁰².

De la même façon que toute représentation collective, les idées religieuses permettent de se protéger contre l'angoisse. Ainsi, les représentations permettent aux hommes de re-présenter une absence, de donner une forme disponible et permanente à une cause, de produire la mise en mot, d'y laisser s'y représenter les pulsions, ainsi de s'assurer de leur maîtrise, de se représenter et de se présenter à l'autre par le moyen de la représentation, de déplacer la source du plaisir de l'objet représenté à l'activité de représentation.

De ce fait, la représentation serait le résultat de la contribution psychique au travail social et culturel de la représentation. Alors comment se fait ce travail dans la psyché ? Dans cette perspective, les représentations sociales jouent un rôle d'identification. En effet, elles permettent l'identification du sujet au groupe, à la culture à laquelle il appartient. S. Freud (1921) rappelle non seulement la différenciation du Moi d'avec le Surmoi, mais aussi l'identification comme base libidinale du lien collectif : « *Une foule psychologique est une union d'individus divers qui ont installé dans leur Surmoi une même personne. Grâce à ce point commun, ils se sont dans leur Moi identifiés les uns les autres* »¹⁰³.

A cet effet, l'identification assure-t-elle le lien social. La préexistence des représentations permet cette identification du sujet. De ce fait, les croyances, les mythes, les religions constituent des matrices d'identification et fournissent des repères identificatoires aux sujets d'un même groupe. Dans cette perspective, les représentations ont une fonction sociale qui consiste à faire advenir l'individu comme tel dans sa subjectivité.

Ainsi, il convient de noter qu'en psychologie, la question de la représentation (sociale) se caractérise par la représentation de mot ; elle tient compte des pensées, idées, images, opinions, organisations qui se révèlent à la conscience du sujet. A certains égards, ces représentations peuvent concerner le domaine de l'anthropologie. Cependant,

¹⁰¹ Sigmund Freud (1913), *Totem et tabou*. Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs. Paris, Payot, 1998, 241 p.

¹⁰² Sigmund Freud, *Idem*, pp. 29-30.

¹⁰³ Sigmund Freud, *Idem*, p. 92.

la psychanalyse a entraîné une rupture épistémologique, avec la prise en compte de l'inconscient. Celui-ci permet de poser fondamentalement la conception du processus psychique, de ses formations et de l'intersubjectivité.

3.3. Pour une approche clinique interculturelle des représentations

Cette approche est une forme de synthèse des approches précédentes. Afin d'éviter toute sorte de réductionnisme, il semble important de tenir compte d'une approche qui prenne en considération à la fois des approches sociologique, anthropologique et des approches psychologique et psychanalytique. Dans le cadre de cette recherche sur les représentations de la maladie mentale, je vais m'intéresser à différents auteurs ayant déjà travaillé sur la question, à savoir G. Devereux (1973)¹⁰⁴, H. Collomb (1965), etc.

3.3.1. L'approche « complémentariste » de G. Devereux

Si S. Freud (1913) et G. Roheim (1978)¹⁰⁵ peuvent être considérés comme les précurseurs de l'approche complémentariste, c'est avec G. Devereux qu'on voit clairement le projet se réaliser. En effet, G. Devereux (1972)¹⁰⁶ part du postulat selon lequel :

« ...le principe du double discours récuse inconditionnellement toute « interdisciplinarité » du type additif, fusionnant, synthétique ou parallèle – bref, toute discipline « à trait d'union » et donc « simultanée ». Ainsi, la véritable ethnopsychanalyse n'est pas « interdisciplinaire », mais pluridisciplinaire, puisqu'elle effectue une double analyse de certains faits, dans le cadre de l'ethnologie d'une part, et dans le cadre de la psychanalyse d'autre part, et énonce ainsi la nature du rapport (de complémentarité entre ces deux systèmes d'explication. J'oppose donc à l'interdisciplinarité traditionnelle – qui n'est utile qu'à un niveau pratique assez frustré – une pluridisciplinarité non fusionnante, et « non simultanée » : celle du « double discours » obligatoire ».

A partir de ce passage, on peut noter l'importance de la pluridisciplinarité et de la complémentarité des disciplines pour expliquer certains faits. Et pour G. Devereux (1972, 13), « tout ce qui compte ici, c'est qu'il existe un rapport de complémentarité entre l'explication psychologique (comportant un observateur intérieur) et l'explication sociologique (comportant un observateur extérieur) ». Mais G. Devereux (1996)¹⁰⁷ va appliquer sa méthode complémentariste, notamment en s'intéressant aux différents troubles psychiatriques des peuples Mohaves. Pour cela, il va s'intéresser la culture dans laquelle vivent ces sujets pour comprendre les troubles. Ce qui lui permet différencier le normal et le pathologique.

¹⁰⁴ Georges Devereux, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Gallimard, 1973, 2^{ème} édition, 398 p.

¹⁰⁵ Géza Roheim, *Psychanalyse et anthropologie : culture, personnalité, inconscient*. Paris, Gallimard, 1978, 602 p.

¹⁰⁶ Georges Devereux, *Ethnopsychanalyse complémentaire*, Paris, Flammarion, 1972, 282 p.

¹⁰⁷ Georges Devereux, *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves*, Le Plessis Robinson, Synthélabo, 1996, 920 p.

Dans cette perspective, « *ici, et pour la première fois sans doute, sont à la fois profondément distinguées et profondément mises en rapport les sciences du comportement ayant trait à l'individu et celles qui s'appliquent à la société et à sa culture* » (G. Devereux, 1972).

3.3.2. L'approche ethnopsychiatrique. Cas de la psychopathologie africaine

En s'intéressant à l'analyse concomitante du fonctionnement psychique d'un sujet et de sa dimension culturelle du trouble psychopathologique, l'ethnopsychiatrie a permis de saisir les troubles qui se développent en fonction du contexte culturel. C'est dans ce sens que H. Collomb (1965) s'est intéressé à la psychopathologie africaine. En effet, de nombreux travaux sont menés dans ce cadre notamment à Dakar (Sénégal).

Dans cette perspective, la conception de la maladie, en particulier la maladie mentale diffère de celle rencontrée en Occident. Pour H. Collomb (1965), A. Zemplini (1968)¹⁰⁸ et autres, la maladie mentale est liée à une cause extérieure à l'individu¹⁰⁹. Ce qui pose alors la question de la relation de l'individu à l'autre. Ce n'est pas le cas dans les sociétés occidentales où la maladie est liée à l'individu. Dans ce sens, pour la psychanalyse, « *il n'y a de maladie que d'individu* ».

C'est dans le cadre de ces recherches entrant dans le cadre de la psychopathologie africaine que j'ai situé mes observations. L'avantage de cette approche est de tenir compte de la compréhension d'un fait dans sa globalité, en saisissant non seulement l'explication psychologique d'un fait mais aussi sa dimension culturelle et symbolique. Afin d'illustrer cette complémentarité auquel G. Devereux (1972) fait allusion, je vous présente une observation clinique que j'ai pu rencontrer lors de mes enquêtes sur le terrain :

« Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années qu'on va appeler Marie qui été hospitalisée en psychiatrie pour la première fois. Elle y est conduite par sa sœur. La patiente est dans un accès maniaque, anxieux et agité avec désorientation temporo-spatiale ++ et un état onirique développé. Le délire est polymorphe, avec la présence des mécanismes interprétatifs, imaginatifs et hallucinatoires (hallucinations visuelles, acoustico-verbales) et la présence des thèmes mystiques et persécutifs. En effet, Marie se dit voir des sorciers de sa famille en tête desquels son oncle maternel venir vers elle lui faire de mal. Elle les entend aussi comploter contre elle. Et qu'en ce moment, malgré le fait qu'elle soit à l'hôpital, ces sorciers viendront car elle les entend faire des plans pour venir la sortir d'ici. Ce délire est très vécu par le sujet. Le discours du sujet porte aussi sur des références à une multitude de croyances traditionnelles, basées sur les initiations, les diverses consultations.

Marie a toujours été considérée comme la fille de la famille, celle-là qui aidait toute la

¹⁰⁸ Andréas Zemplini, *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou du Sénégal*, Thèse de doctorat, Paris, Sorbonne, 1968.

¹⁰⁹ Andréas Zemplini, La maladie et ses causes. *L'ethnographie: causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, LXXXI, pp. 2-3, 1985.

famille par sa richesse. Elle s'occupait de ses parents, ses frères et sœurs, ses oncles, etc. Suite à un malentendu avec son oncle qui les a fermement opposé, elle a commencé à voir dans ses rêves des personnes venant lui faire de mal. Afin de se préserver contre ses attaques, Marie va consulter les nganga. Les initiations faites vont lui confirmer le diagnostic d'une attaque sorcière.

Environ une semaine après son hospitalisation, Marie ne présente plus des hallucinations, certainement lié à l'effet de la médication. Au cours de l'entretien, la patiente déclare aller mieux. On note un fond culturel relatif au problème de la bénédiction. Après un travail psychothérapique menée pendant près de deux semaines, un des objectifs était de dénouer les relations devenues complexes à cause des conflits, notamment de ceux entre la patiente et son oncle. Après avoir reconnu les effets psychologique qu'un conflit peut avoir sur un sujet, et en même temps préciser le rôle de chaque membre dans une famille, ses devoirs et ses obligations, ce qui a pu d'ailleurs sécuriser Marie, il lui revenait, dans une seconde étape d'aller rencontrer son oncle pour lui demander une bénédiction qui était un modèle culturel de conduite ».

A travers cette observation clinique, on peut la coexistence de deux modèles (psychologique et traditionnel), et surtout leur complémentarité chez le sujet. Le travail psychologique a permis de faire prendre conscience au sujet de certaines réalités psychiques, en lui donnant une certaine consistance, un contenant. La rencontre avec sa culture, en espérant que cela se soit bien passé, ne fera que rendre consistant son contenant de pensées. A travers cette observation, même après avoir retrouvé son esprit critique, Marie continue à désigner son oncle comme le persécuteur. A ce niveau, en tenant compte de la psychopathologie occidentale, on peut faire allusion à l'installation d'un délire chronique, organisé. Dans ce sens, quel est le statut de la culture, notamment des croyances à la sorcellerie chez Marie ? Comment le clinicien peut se situer par rapport à cette question des croyances ? Peut-on désigner comme délirante toute accusation de sorcellerie chez Marie ?

La relation contre-transférentielle avec Marie a conduit à situer son interprétation, à savoir ses accusations de sorcellerie de l'oncle dans un contexte culturel bien précis. Cela, dans le but de ne pas passer à côté de la compréhension du sujet. Dans ses travaux sur l'interprétation du désordre mental au Sénégal, A. Zemplini (1968) note qu'il existe une adéquation entre du vécu individuel à la règle collective. L'interprétation ou la désignation de l'oncle comme responsable du malheur de Marie s'inscrit dans un mode culturel propre conformément aux théories étiologiques ayant cours dans sa culture. Cela ne veut pas dire la décompensation de Marie n'est pas pathologique.

En se présentant comme victime des instances persécutrices, Marie suit un schéma culturel courant, suivant un « *modèle culturel d'inconduite* », concept utilisé par R. Linton (1968)¹¹⁰, puis par G. Devereux (1972). Mais ce modèle n'est pas forcément assimilable à une paranoïa qui aurait pu faire penser à l'installation d'un délire chronique. Dans cette perspective, on peut faire allusion à d'autres phénomènes culturels pouvant être considérés comme des modèles culturels d'inconduite, à savoir la possession par les esprits, les visions, etc. Ces phénomènes ne sont pas des formes psychopathologiques.

¹¹⁰ Ralph. Linton, *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris, Dunod, 1968, 138 p.

Chapitre 4. problématique et hypothèses

Dans cette partie, il s'agit de poser la problématique et les hypothèses qui vont me permettre de comprendre mon objet de recherche.

1. Problématique

Parler de représentations et de maladie mentale soulève la question des liens existant entre ces représentations et le fonctionnement psychique. Dans cette perspective, il convient de noter que les croyances en particulier (représentations culturelles) permettent de représenter un phénomène, la maladie mentale. Ce qui implique la présence d'un lien. Pour cela, un ensemble de questionnements s'avèrent nécessaire pour l'avancée de cette recherche. En effet, de quel lien s'agit-il ? Existe-t-il un lien direct ou de causalité entre les deux phénomènes ? Qu'est-ce qui se lie à travers ces représentations ? Quels liens existent-ils alors entre les représentations de la maladie mentale et les processus de symbolisation ? A quoi renvoie la référence aux systèmes de pensée que constituent les représentations ? Qu'est-ce qui se répète à travers ces représentations ?

Même si pour certains psychanalystes, le comportement est le résultat d'un fonctionnement intrapsychique, venant du dedans, de nombreux travaux ont tenté de comprendre l'importance de la culture sur le fonctionnement psychique. Les travaux de B. Malinowski (1932)¹¹¹, M. Mead (1963)¹¹² en Océanie ou encore ceux sur la formation de la personnalité de base de R. Linton (1968) mettent en relief la particularité du fonctionnement psychique face à un milieu culturel spécifique. Par rapport à ces observations, quel est l'impact psychologique des représentations culturelles sur les comportements et les conduites des individus ? Qu'est-ce qui caractérise cet impact ? Et comment se fait-elle ? Dans ce sens quels sont les processus psychiques sous-tendant ces représentations ?

Dans la société gabonaise, la plupart des individus fait référence à la culture pour pouvoir comprendre un fait ou un événement (heureux, surtout malheureux). Dans cette perspective, la culture sert de norme et de modèle au groupe social. Par exemple, dans la société gabonaise, la référence aux croyances à la sorcellerie pour pouvoir expliquer et comprendre un fait ou un phénomène est le système de pensée le plus répandu. Dans ce sens, il sert à représenter la maladie mentale. Ce privilège que la population accorde à une forme d'explication plutôt qu'à une autre, constitue pour moi un objet d'intérêt. Dans ce sens, quels processus de symbolisation sous-tendent ces représentations de la maladie mentale ? Comment peut s'exprimer cette symbolisation ?

La thématique de cette recherche peut renvoyer à trois acceptions différentes de la

¹¹¹ Bronislaw Malinowski (1932), *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives*. Paris, Payot, 2001, 296 p.

¹¹² Margaret Mead, *Mœurs et sexualité en Océanie*. Paris, Plon, 1963, 606 p.

problématique. D'abord, en tant que représentations de la maladie mentale au Gabon. Ce qui implique un travail sur un ensemble de représentations sur la maladie mentale existant dans n'importe quelle société. Représentations qui existent dans toute la société et qui sont émises par tous les individus. Ici, il s'agit alors d'un travail psychosociologique. Ensuite, il y a l'intérêt accordé aux représentations de la maladie mentale des personnes souffrantes. Cette approche, pas très différente de la première, donne une autre connotation à la façon dont peut être saisie les représentations de la maladie. Ici, se pose le problème de l'état de la personne qui représente la maladie mentale. Et enfin, il y a la prise en compte des processus de représentation et de symbolisation chez ces individus, notamment ceux souffrants, qui utilisent les représentations culturelles pour représenter la maladie mentale.

Ces différentes approches ne doivent pas s'exclure mais plutôt se compléter. Car, les individus intériorisent ces représentations et les inscrivent dans leurs propres fantasmes. En ce sens, on peut noter le passage des représentations sociales ou culturelles aux représentations psychiques. Afin de comprendre l'influence de la culture sur les processus de symbolisation, il convient de prendre en compte un ensemble d'approches. En effet, l'intérêt des approches ethno-anthropologiques et sociologiques permet de mettre en relief non seulement les différentes caractéristiques des représentations culturelles, mais aussi leur influence sur le fonctionnement et l'organisation de la société gabonaise. En prenant le cas des croyances à la sorcellerie, et en particulier son impact psychologique sur les individus, l'approche psychologique permet de comprendre cette influence du social sur l'individu et vice versa.

Par ailleurs, la représentation est une réalité psychique. S. Freud (1900) note deux niveaux de réalité psychique : une constituée de l'ensemble de pensées ; l'autre, des noyaux résistants, réels, c'est-à-dire des fantasmes, des expressions des désirs inconscients qui sont à l'origine même des représentations. Pour cela, la représentation implique non seulement un travail mais aussi une mise en présence. De ce fait, quels sont les processus inconscients sous-tendant cette représentation de la maladie mentale ? Qu'est-ce qui est symbolisé à travers la représentation de la maladie mentale ?

Dans *Totem et tabou*, S. Freud (1913) s'intéresse à la question des représentations, notamment des croyances. En effet, pour l'auteur, « *le principe qui régit la magie, la technique du mode de pensée animiste est celui de la toute puissance des idées* ». Dans ce sens, pour l'auteur, la vie d'un sujet est dirigée par ses désirs ou la représentation de ses désirs. La surestimation de ces désirs peut-elle alors être à l'origine de la surenchère des représentations culturelles dans l'interprétation des faits ?

Comme on peut le noter, chaque approche a son importance. Mais le problème est que chacune travaille sans aucune relation avec les autres. Vu la complexité de l'objet de recherche, il est important de tenir compte de l'approche dite « *complémentariste* », de l'approche clinique interculturelle rencontrée en psychologie. Si aujourd'hui, il existe de plus en plus de travaux en psychologie interculturelle, il est à signaler que les premiers travaux en interculturel ont été effectués dans le monde de l'éducation où il fallait saisir l'influence sociale sur l'éducation des enfants. De même, les travaux en développement de l'enfant, notamment au niveau de l'intelligence ont porté plus haut les travaux en interculturel.

En psychologie clinique ou en psychopathologie, la question des rapports entre culture et psychisme s'est toujours posée. Même si l'interculturel n'a jamais été l'objet principal de ses travaux, il est à noter que S. Freud (1913) s'y est quand même intéressé, en essayant de saisir le fonctionnement psychique des peuples primitifs en fonction des faits culturels. Par ailleurs, les travaux sur l'anthropologie psychanalytique de G. Roheim (1978) ont aussi permis de saisir l'importance de la culture sur le fonctionnement psychique. Mais c'est surtout avec G. Devereux (1972) que la question des rapports entre culture et psychisme va être vraiment mis en relief. L'auteur parle même d'un « *inconscient culturel* ».

En tenant compte de l'inconscient culturel, beaucoup de travaux ont été menés dans le cadre de l'ethnopsychiatrie en Afrique (Dakar, Sénégal) par une équipe dirigée par le Professeur H. Collomb (1965), dans le cadre de la Psychopathologie Africaine. Ces travaux essaient de montrer l'influence que peut avoir la culture sur le fonctionnement psychique. C'est dans le cadre de cette approche ethnopsychiatrique ou de clinique interculturelle que je vais centrer l'essentiel de cette recherche. Cette approche prend en compte non seulement la dimension individuelle du sujet (fonctionnement psychique), mais aussi la culture dans laquelle vit ce sujet. Comment le sujet réagit par rapport à son milieu ? Comment il se situe par rapport aux représentations qu'il tire du milieu dans lequel il vit ?

Sur la base de ces interrogations, il s'agit maintenant de formuler des hypothèses qui vont guider cette recherche.

2. Hypothèses

En s'intéressant à la référence répétée des croyances pour représenter la maladie mentale, il s'agit de comprendre les différents processus de symbolisation qui sous-tendent ces représentations. Pour cela, on va partir de l'idée générale selon laquelle la culture a une fonction contenante pour le groupe et pour les sujets vivant dans ce groupe. En ce sens, les « *systèmes de pensée* », en tant qu'éléments culturels, offrent aux individus des symboles pour pouvoir comprendre leurs difficultés, comme c'est le cas dans la représentation de la maladie mentale.

Dans la société gabonaise en particulier, la représentation de la maladie mentale repose sur un ensemble de représentations traditionnelles liées aux conflits que le sujet peut avoir avec son environnement. Ces conflits sont en relation avec la sorcellerie, la violation des interdits, l'envoûtement, etc. Dans ce sens, la maladie mentale est liée à une perturbation des relations au sein du groupe auquel appartient le sujet. Selon I. Sow (1977), les conflits dépendent de la structure de parenté du sujet. Pour cela, il note deux types de structure de parenté : la structure de parenté matrilinéaire et la structure de parenté patrilinéaire.

Dans la structure de parenté patrilinéaire, I. Sow (1977) note qu'il existe deux pôles relationnels dans cette structure de pensée. D'une part, il y a le pôle horizontal composé des signifiants comprenant les valeurs sociales du sujet et qui se caractérise par l'appartenance du sujet au lignage. Et d'autre part, le pôle vertical se caractérise par le

monde des ancêtres. De ce fait, la verticalité et l'horizontalité constituent les deux pôles principaux à l'origine des conflits pour les sujets.

Dans cette structure matrilineaire, c'est l'oncle maternel qui occupe une place importante dans la famille. Pour I. Sow (1977, 166), il est « *l'animateur central et possesseur du réseau de distribution de la substance lignagère elle-même, le bien le plus précieux. L'homme puissant, le Chef : celui qui dispose du principe de vie le plus fort et qui « possède » (quasi littéralement) les autres principes de vie (propriétaire des pourvoyeurs et pourvoyeuses de vie : ses nièces et neveux) »*.

Dans cette perspective, l'oncle maternel est aussi celui qui incarne la sorcellerie. C'est le sorcier désigné car il est l'auteur de tous les malheurs que peuvent vivre les neveux et les nièces : échecs, maladies, accidents, malédiction, etc. Il s'agit de la sorcellerie familiale ou intracommunautaire. Le trouble mental en particulier est né du conflit entre ces différents pôles relationnels. Dans cette situation, seul le *nganga* peut guérir ou protéger le sujet contre ces attaques ou conflits.

Quant à la structure de parenté patrilinéaire, I. Sow (1977) note l'existence de trois pôles conflictuels au lieu de deux comme à la précédente structure. Cette différence est due au fait que « *la structure patrilinéaire délègue ou « confie », en quelque sorte, une partie du pouvoir lignager (celui de l'oncle maternel) à des autorités situées hors du lignage ou du clan proprement dit. Si la famille (aussi bien maternelle que paternelle) garde les pouvoirs essentiels, elle tend à devenir de plus en plus un relais : relais du pouvoir de l'ancêtre, bien entendu, mais aussi d'un pouvoir politique, religieux et même traditionnel, situé en dehors de son sein »*¹¹³.

Ainsi, dans ces structures de parenté, la sorcellerie, réservée à l'oncle maternel ou à un membre influent de la famille ou du lignage, sort du lignage ou de la famille ; elle est utilisée dans une communauté, un champ social plus vaste. Dans ces circonstances, la sorcellerie prend un autre sens :

« *...la sorcellerie, en tant que telle, se restreint dans son acception, se spécialise et, en quelque sorte, se limite pour ne plus comprendre dans son concept aussi bien que dans son champ d'action, que la destruction, l'amoindrissement ou, au moins, la neutralisation du principe vital. Les échecs répétitifs, malheurs quotidiens, accidents, bref, tout ce qui contrarie de quelque manière la puissance de vie, etc. sont transférés, littéralement, sur le pôle relationnel conflictuel...* »¹¹⁴.

Dans cette perspective, le conflit se fera hors du lignage mais dans le monde social. De là, on peut observer dans la société gabonaise l'existence de certains phénomènes comme l'envoûtement (ou le maraboutage en Afrique de l'Ouest), l'empoisonnement ou le *fétichage* dont l'objectif est soit de faire du mal en agissant sur quelqu'un, soit pour pouvoir acquérir une force ou dans le but d'une réussite sociale. Toutes ces pratiques reposent sur des affects anti-sociaux ; elles sont le prototype d'une relation conflictuelle.

Si les deux types de structures parentales existent au Gabon, il convient de noter que

¹¹³ Ibrahima Sow, Idem, p. 167.

¹¹⁴ Ibrahima Sow, Idem, p. 167.

la structure matrilineaire est la plus courante. Elle se retrouve dans la plupart des régions du pays. La parenté patrilinéaire est présente chez les peuples *Fang* et *Myéné*. Cependant, avec le brassage des cultures, il convient de noter une apparition des techniques sorcière appartenant à la structure patrilinéaire, montrant alors un certain mélange au niveau des techniques utilisées par certains sorciers. Les conflits relationnels auxquels seront confrontés les sujets vont reposer sur cette diversité des pôles relationnels qui participent à son harmonie. Dans ce sens, la maladie sera fonction du pôle relationnel en cause.

Toutes ces approches sur l'étiologie de la maladie mentale participent aux processus de symbolisation existant dans la société. De ce fait, compte tenu de l'utilisation de ces croyances, il s'agit de savoir comment s'expriment-elles chez le sujet qu'il soit malade ou non ? Et quel sens peuvent-elles prendre ? Dans cette perspective, afin de pouvoir conduire ma recherche, on va tenir compte d'un ensemble d'hypothèses :

1^{ère} hypothèse : L'utilisation de façon répétée des représentations culturelles obéit à un système de pensée existant dans la société. « *Système de pensée* » qui induit des comportements orientant le recours aux thérapies traditionnelles.

2^{ème} hypothèse : Face aux angoisses nées des conflits et des questions existentielles restées sans réponses, à savoir la maladie, il existe une amplification des références aux croyances à la sorcellerie qui, en tant que vision du monde, offrent au groupe et à certains sujets des moyens pour pouvoir symboliser leurs angoisses et difficultés auxquelles ils sont confrontés, à travers la répétition de ces croyances.

3^{ème} hypothèse : L'existence des croyances dans le discours de certains patients sont l'expression d'une mise en lien entre les représentations psychiques et les représentations culturelles ou « *systèmes de pensée* » présentes dans la société.

A ces trois hypothèses, on va ajouter une quatrième dite hypothèse méthodologique :

4^{ème} hypothèse : A travers les épreuves projectives (Rorschach et TAT), le sujet trouve un lieu d'expression et de symbolisation des croyances utilisées existant dans la société. Pour cela, elles permettent de saisir les différentes formes d'expression de la symbolisation.

Ce sont ces différentes hypothèses de travail qu'on va tenter de mettre en évidence sur la base des données cliniques recueillies sur le terrain.

Chapitre 5. Approches méthodologiques

Cette recherche a pour objectif de comprendre les processus de répétition, de lien et de symbolisation qui sont à l'œuvre dans les représentations de la maladie mentale. Afin de saisir ces processus, un ensemble de moyens méthodologiques sont mis en œuvre pour avoir accès à l'objet. Pour ce faire, il existe deux moments importants pour approcher ces processus.

D'une part, le premier est en rapport avec l'étude des représentations de la maladie

mentale au Gabon. D'autre part, le deuxième moment est en relation avec l'étude des différents processus psychiques sous-tendant ces représentations. Car cette recherche s'intéresse à la fois aux contenus, produits et processus. Dans ce sens, si mon intérêt consiste à élaborer des méthodes permettant d'étudier les processus en œuvre dans les représentations, je vais, pour cela, essayer de m'arrêter d'abord sur les contenus (représentations). Par cette position, cela me permet d'éviter le clivage habituel axé sur la problématique des représentations. De ce fait, processus et contenus ne peuvent être étudiés séparément.

1. Justifications du recours aux différentes approches méthodologiques

La question de l'influence de la culture, et plus précisément des croyances sur le fonctionnement psychique des sujets, occupe une place dans le champ de la psychologie clinique et de la psychopathologie. Leur fréquence d'apparition interpelle et soulève un grand nombre de problèmes de conceptualisations tant des points de vue théorique, diagnostique que thérapeutique.

L'énormité de la dimension culturelle, la difficulté à saisir son influence sur le psychisme débordent largement cette recherche. Dans ce sens, cela implique un ensemble de modèles théoriques, et par conséquent méthodologiques parfois contradictoires, à savoir anthropologiques, psychologiques. Dans mon cas, je vais inscrire cette recherche dans un approche « *complémentariste* », tout en essayant de tenir compte à la fois des théorisations analytiques et anthropo-sociologiques.

De ce fait, cela m'amène à m'intéresser au choix des outils d'investigation indispensables pour tenter d'objectiver l'objet de connaissance dont il convient de justifier et de démontrer l'intérêt. Il s'agit des méthodes d'enquête, clinique et de la méthodologie projective.

1.1. Intérêt des méthodes d'enquête

Mon intérêt pour les représentations culturelles m'amène à utiliser les méthodes d'enquête. En effet, dans le cadre de cette recherche, une enquête a d'abord été menée. C'est une méthode de recueil d'informations. L'enquête me permet de mesurer le phénomène social, à savoir les représentations de la maladie mentale et l'utilisation des thérapies traditionnelles. Autrement dit, elle me permet de saisir les valeurs, normes et opinions (ou attributs) sur lesquelles reposent ces différentes représentations. En les mettant en relief, l'objectif est de les comparer, les expliquer et les comprendre. Ainsi, c'est une technique très appropriée pour travailler sur les représentations.

Afin de recueillir les données, deux dispositifs spécifiques ont permis d'y arriver, à savoir l'enquête par questionnaire et l'enquête par entretien.

1.1.1. L'enquête par questionnaire

Deux moments ont présidé à la réalisation de cette enquête, à savoir la pré-enquête et

l'enquête proprement dite.

D'abord, on a effectué une pré-enquête sur les différentes représentations de la maladie mentale. Le but était de recueillir un ensemble de données sur les croyances, notamment leur influence dans les représentations de la maladie mentale et l'utilisation des thérapies. Pour cela, on est parti de la question suivante :

« j'aimerais que vous me parliez de la maladie mentale et de l'utilisation des thérapies traditionnelles au Gabon, comment voyez-vous cela ? ».

A partir de cette pré-enquête, on a pu recueillir quelques données qui ont permis de construire le questionnaire et les différents guides d'entretien utilisés dans le cadre de cette recherche. Parmi ces données, on a pu noter que de nombreux facteurs sont à l'origine de la maladie mentale : médicaux (*«...maladie du cerveau. »*), religieux (*«...conséquence d'un péché. »*) et traditionnels (*«...en rapport avec la sorcellerie. »*). Cette maladie peut s'exprimer de différentes façons chez le sujet : hallucinations auditives et visuelles (*« ...la personne entend des voix et parle avec des esprits que nous ne voyons pas »*). L'*« inefficacité de la médecine moderne »* conduit les sujets à utiliser les thérapies religieuses et traditionnelles qui sont les plus *« appropriées »*.

Ensuite, un questionnaire a été construit. En tant que technique de recueil de données, il a permis de mettre en relief les informations en relation avec les valeurs, croyances, normes, agents, lieux thérapeutiques et différentes interprétations de la maladie et l'utilisation des thérapies. De par ses aspects quantitatifs, il a permis de saisir la dimension sociale d'une représentation et de repérer l'organisation des réponses, de mettre en évidence les facteurs explicatifs ou discriminants dans la population, de repérer et de situer les positions respectives du groupe par rapport à ces axes explicatifs.

Afin de saisir au plus près ces différentes croyances, valeurs qui circulent dans la société, il a semblé intéressant de rencontrer les tenants de ces croyances, d'où l'enquête par entretien.

1.1.2. L'enquête par entretien

L'objectif de cette enquête par entretien est de comprendre l'existence de différents types de croyances dans la société gabonaise, notamment leur origine et leur persistance les unes par rapport aux autres. Pour cela, on a utilisé des entretiens semi-directifs reposant sur un guide d'entretien ¹¹⁵ qui comprend 5 thématiques principales, à savoir : la représentation de la maladie mentale, la représentations des thérapies, les attitudes thérapeutiques, les itinéraires thérapeutiques et l'efficacité thérapeutique ¹¹⁶.

De l'ensemble des entretiens recueillis, il ressort que la maladie mentale repose sur différentes conceptions existantes dans la société gabonaise. Ces différentes conceptions impliquent la question de la dynamique même des représentations. Cependant, afin d'approfondir cette question des représentations, on s'intéressera directement aux patients qui utilisent ces représentations à partir de la méthodologie clinique et projective.

¹¹⁵ Voir Annexes.

¹¹⁶ Voir annexes : Guide d'entretien.

1.2. Intérêt de la méthode clinique dans l'étude des représentations

L'étude des représentations, des croyances traditionnelles conduit aussi à utiliser la méthode clinique. Celle-ci s'inscrit dans une démarche de recueil d'informations prenant en compte le patient en situation, dans sa globalité, notamment de son discours, son comportement, etc. Dans le cadre de la méthode clinique, on va s'intéresser à quatre outils principaux, à savoir l'observation clinique, l'entretien clinique de recherche, les techniques projectives (Rorschach et TAT).

1.2.1. L'observation clinique

Avant de décrire les différentes observations faites, on va d'abord énoncer les circonstances qui ont conduit à cette recherche et d'où elle est née.

Les observations cliniques ont été faites à l'hôpital psychiatrique de *Mélen*¹¹⁷ qui est le seul lieu (hormis l'hôpital Schweitzer à *Lambaréné*) où sont pris en charge les malades mentaux. Ceux-ci viennent de toutes régions du Gabon sur évacuation sanitaire et repartent dans leur province une fois stabilisés. Accueillant tout le monde, chaque malade y arrive avec sa culture, ses croyances, etc.

Ayant passé à plusieurs reprises des stages en psychiatrie, on rencontrait des malades internés ou venant en consultation qui utilisaient dans leur discours les croyances traditionnelles. Ces observations étaient de temps en temps confirmées par les études des dossiers des patients ou encore par les entretiens avec le personnel infirmier. Les cas suivants permettent d'illustrer la présence des croyances dans les discours :

« Cécile, 38 ans, aînée d'une fratrie de trois enfants, mère de 3 enfants, revient du Nord-est du Gabon. Elle est hospitalisée en psychiatrie depuis deux semaines pour agressivité verbale et physique, fugues, insomnies, soliloque, etc. Les entretiens avec Cécile indiquent qu'elle est devenue insomniaque depuis le décès de son père, il y a environ près de 6 ans. Mais ses premières crises ont commencé la première fois, il y a 4 ans. Au cours de cette crise, elle a eu des pensées suicidaires, se mettait à parler seule, faisait des cauchemars dans lesquels elle se voyait poursuivie par des personnes de son village. Elle a toujours fait le même rêve depuis son enfance. Mais Cécile a du mal à évoquer ce rêve car elle estime que ce sont les « choses des Noirs ». Après son accord, elle relate qu'elle se voit encore jeune fille, son père venant lui donner une dent de panthère en lui demandant de la garder jalousement et d'en faire bon usage dans la vie. Et c'est justement cette dent donnée par son père qui lui vaut des problèmes car d'autres personnes du village veulent la récupérer en lui disant : « c'est notre tour maintenant, donne-nous la dent ».

Par ailleurs, *« Pierre, 40 ans, fonctionnaire de santé, arrive du Sud du Gabon sur évacuation pour agressivité verbale et physique, fugues, logorrhée, déambulation, etc. L'histoire de la maladie remonte à environ deux semaines à la suite d'un conflit familial. Dans son discours, Pierre dit voir des gens qui le poursuivent pour le tuer. En même temps, il dit aussi avoir été mangé en sorcellerie par sa tante paternelle qui est contre lui*

¹¹⁷ Banlieue qui se situe à 13 km de Libreville.

et ne veut pas sa réussite sociale ».

Enfin, le troisième cas est celui de « Mélanie, âgée de 35 ans, aînée d'une fratrie de 2 enfants et est mère 5 enfants. Elle vient en consultation psychiatrique sur conseil d'un voisin. Mélanie pose un problème d'amaigrissement qui l'avait amené à consulter un ngangas et se faire initier. L'histoire de la maladie remonterait à sa sortie de l'hôpital il y a environ 18 mois faisant suite à un avortement qui s'était mal passé. Des entretiens, il ressort qu'elle est insomniaque, anorexique, souffre des céphalées, présente des idées de persécution. Dans son discours, elle accuse son oncle être à l'origine de sa maladie parce qu'il ne voulait pas qu'elle aille en mariage (jalousie familiale) ».

Ces trois brèves observations ont permis de noter l'importance des représentations traditionnelles dans le discours des patients, et notamment dans les représentations de la maladie mentale. Si pour le premier cas, c'est la « *dent de la panthère* » qui est à l'origine de sa maladie, pour l'autre, c'est sa tante qu'elle considère comme une sorcière. Pour l'autre encore, c'est son oncle maternel, un sorcier, qui est à l'origine de sa maladie.

C'est sur la base de ces observations qu'on est arrivé à se poser la question du fonctionnement psychique dans la société, notamment à travers l'utilisation des croyances traditionnelles dans la représentation de la maladie mentale. L'intérêt pour ces représentations est lié au fait que, malgré la modernisation de la société gabonaise, certaines représentations culturelles soient toujours mises en avant pour comprendre et expliquer les faits et les phénomènes qui se posent à la société. De ce fait, il s'agit de savoir quels sont les processus de symbolisation qui sous-tendent ce fonctionnement et comment se caractérisent-ils ?

1.2.2. L'entretien clinique

En ce qui concerne l'entretien clinique, il est l'outil privilégié du psychologue clinicien. Il repose sur la relation qui est au cœur même de l'expérience intersubjective, saisie à travers la rencontre avec l'autre pour la compréhension du fonctionnement psychique. Cet outil permet de compléter le questionnaire. Par rapport à celui-ci, son intérêt permet de prendre en compte les effets de surprise liés à la relation. On a donc choisi de mener des entretiens semi-directifs sur la base de différentes thématiques.

Avec les malades, on leur demandait de raconter ce qui ce qui leur était arrivé, en mettant un accent sur l'origine de la maladie, l'importance des croyances traditionnelles dans l'apparition de la maladie à laquelle ils sont confrontés, etc. Parallèlement à ces entretiens, on s'intéressait aussi aux personnes de la famille du patient ou aux gens proches. Ou encore à ceux-là qui se sont déjà occupés des malades, notamment pour leur prise en charge. L'objectif était de recouper des informations sur les représentations sur l'origine de la maladie du sujet. Les entretiens semi-directifs avec les *ngangas*, les guérisseurs religieux, les médecins ou psy ont permis de préciser des points importants par rapport à leurs pratiques¹¹⁸.

Au cours des entretiens, l'objectif était de faire en sorte que l'entretien puisse rester neutre, en associations libres et sur la base d'une ou deux questions de départ. Mais les

¹¹⁸ Afin de ne pas alourdir cette recherche, ces entretiens n'ont pas été pris en compte dans les analyses.

entretiens ont été étayés par d'autres méthodologies, notamment l'étude des dossiers des patients interrogés. L'orthodoxie des techniques d'entretien pouvait être prise à défaut. Ce qui conduisait d'abord à observer, écouter. Car s'introduire directement dans un discours aurait été une entreprise vouée à l'échec. Dans ce sens, l'écoute représente un apprentissage, long et subtil.

Ainsi, l'entretien clinique a permis d'approfondir les informations sur les différentes représentations sur la maladie mentale. Pour cela, des entretiens se sont déroulés avec les patients. Les entretiens tournaient autour des différents systèmes de représentations ou d'interprétation que possède le patient lui-même de sa souffrance, à savoir les différentes causes. Ce qui a alors permis de saisir l'imaginaire du sujet par rapport à l'imaginaire collectif, la façon dont il se situe par rapport à sa culture, ce qui lui appartient ou à la culture.

1.2.3. Intérêt de la méthodologie projective pour une approche de la clinique des représentations culturelles

L'approche projective se fera à partir de deux techniques principales : le Rorschach et le TAT. L'intérêt de ces techniques ne s'inscrit pas seulement dans une démarche diagnostique. Quel est alors l'intérêt d'approcher les représentations culturelles, en particulier les croyances, au Rorschach et au TAT ?

1.2.3.1. L'importance du Rorschach

En ce qui concerne le Rorschach, son utilisation peut se situer à trois niveaux : théorique, diagnostique et thérapeutique. L'utilisation du Rorschach permet d'interroger les différentes formes d'organisation psychique et leur fonctionnement. Afin de faciliter la compréhension des différentes formes d'organisation, la référence psychanalytique, fondement de l'épreuve, doit aussi tenir compte des différentes représentations culturelles utilisées par le sujet.

Ce qui conduit à ne pas s'arrêter à la simple observation de symptômes, en recourant à la nosographie psychiatrique (DSM 3). Pour cela, on ira au-delà des niveaux de fonctionnement psychique sous-tendant les organisations psychopathologiques, en tenant compte de la problématique des croyances marquée par les mouvements projectifs du sujet. Ce qui permettra de repérer les différentes constantes sur le plan structural du fonctionnement des sujets. Pour J. Bergeret (1992)¹¹⁹, « *le Rorschach permet à la fois d'évaluer le mode et le degré d'efficacité de l'organisation défensive du sujet et surtout de saisir, ce qui est le cas de très peu d'instruments, le modèle de la structuration profonde de la personnalité du sujet* ».

Dans ce sens, le Rorschach sera utilisé pour repérer la qualité des liens intrapsychiques (lien à soi) et à l'image du corps. Liens qui peuvent s'exprimer par les différentes constantes et caractéristiques dominantes retrouvées à travers le Rorschach, qu'on peut nommer symbolisation (P. Roman, 1997). L'objectif est de mettre en relation

¹¹⁹ Jean Bergeret, Les dépressions et leurs bases dans une optique thérapeutique. *Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives*, 1992, n° 36, pp. 5-24.

ces processus de symbolisation avec les représentations culturelles, en tenant compte de la nature des conflits et des angoisses dominantes, des défenses mises en jeu contre ces angoisses (C. Chabert, 1983, 1987).

L'évaluation du type de conflit en jeu, à travers les types de relation d'objet, narcissique ou objectal permettra de ressortir des « *noyaux de croyance* » à travers certains indicateurs complétant ceux obtenus par l'observation clinique et l'entretien. C'est sur la base de ces noyaux de croyance, de la qualité des opérations de symbolisation que pourrait s'orienter la nature de l'option thérapeutique qui conduira le clinicien à aménager l'environnement externe ou à reconstruire la réalité interne ou encore ou encore à faire les deux à la fois.

1.2.3.2. L'intérêt du TAT

En tant qu'épreuve thématique, le TAT peut permettre la compréhension du fonctionnement psychopathologique à travers le récit du sujet. Sur la base de cette épreuve, on peut aussi mettre en évidence la capacité ou l'incapacité à « *symboliser* » du sujet. Dans cette perspective, le TAT a été choisi par sa capacité à mettre en évidence la qualité des liens intersubjectifs

Ainsi, l'utilisation de la méthodologie projective, en particulier le Rorschach et le TAT, se fera dans une complémentarité entre les deux épreuves, afin d'obtenir une pluralité de données cliniques. Pour C. Chabert (1993)¹²⁰ : « *l'évaluation diagnostique devient davantage pertinente si elle s'étaye sur des données cliniques plurielles en construisant une réorganisation des informations obtenues par des procédures différentes dans la démarche d'investigation psychologique : confrontation des données anamnésiques, des entretiens, des épreuves cognitives, des épreuves projectives mais aussi confrontation inter-projectives, notamment par l'utilisation du Rorschach et d'une épreuve thématique, par exemple le T.A.T.* ».

Par ailleurs, chaque technique possède ses propres caractéristiques. Celles-ci permettront à chacune d'être complémentaire à l'autre. Dans ce sens, pour C. Chabert (1993) : « *le Rorschach oblige à une centration narcissique, appelée en quelque sorte par les caractéristiques du matériel, la symétrie ordonnée autour de l'axe vertical sollicitant la projection de représentations du corps [...]. Le T.A.T., en apparence, offre davantage de sollicitations relationnelles par la facture même des images qui y sont proposées [...]. Les conduites requises par la consigne doivent mobiliser un travail de pensée dans la construction du récit autour d'un scénario imaginaire : il s'agit donc de recourir à une activité de liaison, notamment dans l'aménagement des conflits pulsionnels* ». Ainsi, peut-on noter que si le Rorschach permet de prendre en compte des liens intrapsychiques, c'est-à-dire des liens de soi à soi, le TAT, quant à lui, repose sur la prise en compte des liens intrasubjectifs, de soi à l'autre.

1.2.3.3. Le déroulement des passations

En ce qui concerne le Rorschach, on a utilisé la consigne suivante :

¹²⁰ Catherine Chabert, Rorschach et TAT : antinomie ou complémentarité. *Psychologie Française*, 32-33, 1987, pp. 141-144.

« Je vais vous présenter 10 planches. Vous me direz ce à quoi elles vous font penser, tout ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ».

Les passations des techniques projectives ont suivi le cours normal. Pour le TAT, la consigne était la suivante :

« Imaginez une histoire à partir de la planche ».

Pour la planche 16 du TAT, la consigne a été modifiée. En effet, vu la configuration de cette planche, elle nécessitait une autre consigne : « Jusqu'ici, je vous ai présenté des planches qui représentaient soit des personnages, soit des paysages. Maintenant je vous présente la dernière qui est différente. Vous pouvez raconter l'histoire que vous voulez ».

2. A propos de la sélection des sujets : population d'étude

Pour cette problématique des représentations culturelles, la méthodologie utilisée repose sur les sujets retenus. Dans ce sens, deux types de population ont été utilisés, à savoir la population « *tout venant* » et les patients. L'utilisation de ces deux démarches n'est pas souvent la règle chez le clinicien. Parfois, elles peuvent entraîner des débats acharnés entre cliniciens et psychosociologues. Pour les uns, la seule clinique qui vaille est une clinique du cas individuel. Alors que pour les autres, cette clinique ne saurait constituer une méthode d'administration de la preuve. Mais la prise en compte de ces deux démarches pourrait être intéressante, notamment dans le cadre de cette recherche.

Après une période d'observation et des entretiens menés à l'hôpital psychiatrique de *Mélen*, il s'agissait d'élargir la population afin de mieux saisir les différentes représentations de la maladie mentale, les différentes thérapies utilisées retrouvées dans les discours des patients. Pour cela, on s'est d'abord intéressé à la population « *tout venant* » pour une pré-enquête, puis pour une enquête proprement dite. La pré-enquête a permis d'obtenir un ensemble de notions ayant servi à la construction du questionnaire d'enquête et des guides d'entretien pour les « *tout venant* » et pour les patients en particulier.

2.1. La population « *tout venant* »

Dans le cadre de des enquêtes, on s'est servi de la population « *tout venant* ». L'objectif était de saisir les différentes opinions, croyances, représentations sur la maladie mentale, et cela, auprès de tout Gabonais, quels que soient son âge, sa profession, son niveau socioculturel, sa zone d'habitation, etc. Ce qui a permis de saisir comment se répartit la fonction symbolique dans la société gabonaise. Un échantillon aléatoire de 100 individus ont participé à cette enquête par questionnaire. Ensuite, afin de saisir les représentations réelles, on s'est intéressé à tous ceux qui s'occupent des malades mentaux, à savoir : les familles des patients, les thérapeutes institutionnels, les « *thérapeutes* » religieux et les *nganga*.

2.2. Les patients

Au départ, on a voulu élargir le champ d'étude jusqu'aux patients se trouvant chez les

thérapeutes traditionnels ou spirituels, mais pour des raisons de temps et de moyens, on a décidé de limiter la population aux patients internés ou qui viennent consulter en psychiatrie. L'intérêt de travailler avec les patients est de savoir non seulement ce qu'ils pensent eux-mêmes et comment ils vivent leur maladie, c'est-à-dire leur origine, les causes, les techniques thérapeutiques utilisées, les motifs de leur utilisation, mais surtout la manière avec laquelle ils élaborent ou symbolisent les éléments culturels, en les reprenant à leur propre compte.

Pour cette recherche, 10 patients ont été retenus¹²¹. Seulement, 5 de ces cas feront l'objet d'une analyse plus approfondie. Le choix de ces patients est lié à la richesse des éléments qu'ils contiennent, tant du point de vue quantitatif que qualitatif. Ce qui permet alors d'affiner les analyses cliniques, tout en ressortant les constantes. Le tableau suivant résume les différentes caractéristiques de chaque patient rencontré, à savoir les croyances à la sorcellerie, religieuses, les symptômes correspondant et l'origine de la maladie :

¹²¹ En plus des patients, des entretiens ont été effectués auprès d'autres populations : famille de patient, nganga, « thérapeutes » spirituels et thérapeutes institutionnels (médecins, psychologues, psychiatres). L'objectif était de comprendre les différentes représentations, les différents itinéraires et les différentes thérapies utilisées face à la maladie mentale. Cependant, afin de ne pas alourdir cette recherche, ces résultats ont peu été utilisés. Ils pourront servir à une prochaine recherche.

Nom	Age	Sexe	Niveau d'étude	Croyances à la sorcellerie	Croyances religieuses	Autres croyances	Symptômes	Origine de la maladie
1. Angèle	34 ans	Féminin	5 ^{ème}	Présence élevée	Catholique d'origine puis protestante.	Initiation aux mbumba, ngondi, etc.	Délires de persécution et hallucinations auditives.	Sorcellerie Pêché
2. Pierre	21 ans	Masculin	1 ^{ère} Technique	Modérée	Catholique	Aucune	Délires de persécution et hallucinations auditives.	Combat entre église et sorcellerie
3. François	33 ans	Masculin	3 ^{ème}	Modérée	Catholique	Aucune	Délires de persécution et hallucinations auditives.	Pratiques mystiques
4. Thomas	45 ans	Masculin	3 ^{ème} et CAP	Elevée	Catholique d'origine puis Protestant	Initiation au Mwiri et au bwiti.	Délires de persécution et hallucinations auditives.	Sorcellerie
5. Martine	39 ans	Féminin	6 ^{ème}	Elevée	Catholique puis Protestante	Aucune	Idées de persécution et d'envoûtement.	Sorcellerie
6. Patrick	17 ans	Masculin	6 ^{ème}	Modérée	Aucune	Aucune	Idée d'envoûtement	Envoûtement
7. Véronique	29 ans	Féminin	6 ^{ème}	Modérée	Protestante	Aucune	Délires de persécution et hallucinations auditives.	Sorcellerie
8. Blaise	39 ans	Masculin	Primaire	Elevée	Aucune	Initiation au bwiti	Délires de persécution et hallucinations auditives.	Sorcellerie
9. Gaston	28 ans	Masculin	Terminale	Modérée	Aucune	Aucune	Délires de persécution et hallucinations auditives.	Sorcellerie
10. Mme	65	Féminin	Primaire	Elevée	Aucune	Aucune	Délires de	Sorcellerie

O. A.	ans						persécution et hallucinations auditives.	
11. Sidonie	24 ans	Féminin	Deug 2ème année	Modérée	Protestante	Aucune	Délires de persécution et hallucinations auditives.	Sorcellerie
12. Marcel	37 ans	Masculin	Primaire	Elevée	Aucune	Aucune	Délires de persécution et hallucinations auditives.	Sorcellerie et malédiction

3. Déroulement de la recherche

La passation du questionnaire et celle des entretiens se faisaient à la même période, pendant deux mois de terrain. En ce qui concerne l'observation et les entretiens avec les patients, les problèmes de temps ont fait qu'ils ont été rencontrés au cours de trois séances organisées de la façon suivante :

La première séance : est liée à la première rencontre avec le patient. Au cours de l'entretien, on expliquait d'abord les objectifs de la rencontre (travail de recherche). Ensuite, on proposait la passation des tests projectifs. On a toujours commencé par la passation du Rorschach. La deuxième séance : elle permettait de continuer avec la suite de la passation. Après chaque passation, il s'en suivait un bref entretien afin d'aider le sujet à « remonter à la surface » après « la plongée régressive » qu'aurait engendré le test (C. Azoulay, 1998). Quant à la troisième séance : elle permettait d'approfondir certains éléments recueillis au cours des passations.

4. Difficultés de terrain

De nombreuses difficultés ont été rencontrées au cours de la période de terrain, parmi lesquelles les sorties imprévisibles des patients. En effet, certains patients sortaient eux-mêmes de l'hôpital et disparaissaient dans la nature. Par ailleurs, certains parents venaient récupérer les malades car n'ayant obtenu aucun résultat concret par rapport à l'évolution de la maladie. Ou encore suite, à des décisions politiques (injonctions politiques) certains malades étaient sortis pour être remplacés par d'autres malades « ramassés » dans la rue suite aux opérations de propriété. Ces différentes situations provoquaient des ruptures dans la continuité du recueil des informations. Pour cela, on laissait tomber des cas pour travailler avec d'autres.

Toutes ces difficultés posent aussi le problème du suivi thérapeutique des malades. A peine le travail thérapeutique commence, il est vite interrompu suite à ces différentes

raisons évoquées ci-dessus. Dans le cas des sujets pris dans la rue, ces derniers sont en rupture de liens avec leur famille. Et quand les malades sont délirants, il est difficile de faire l'histoire de la maladie.

5. Analyse et traitement des données

Ils reposent sur deux moments : d'un côté, il y a l'analyse et le traitement du questionnaire et de l'autre, l'analyse des cas.

5.1. Traitement et analyse du questionnaire

Ils portent sur deux niveaux : le dépouillement du questionnaire et son analyse.

5.1.1. Le dépouillement : utilisation du logiciel Sphinx

A ce niveau, il y a d'abord le traitement du questionnaire. Il s'est fait sur la base du Sphinx qui est un logiciel de dépouillement et de traitement de données. Sur la base de ce logiciel, il s'agit, par exemple, de saisir la fréquence d'utilisation des différentes représentations et thérapies, selon l'âge, le sexe et le niveau d'étude. En utilisant le logiciel Sphinx¹²², l'objectif n'est pas de faire une analyse quantitative mais plutôt de ressortir les grandes tendances par rapport aux variables utilisées, notamment en ce qui concerne les différentes thématique en rapport avec la problématique de cette recherche.

5.1.2. L'analyse de contenu

Sur la base de ces différentes thématiques dégagées, on est arrivé à faire une analyse de contenu. Cette analyse repose non seulement sur une approche psychologique mais aussi sur une approche symbolique. Ainsi, ce premier moment de traitement et d'analyse a été complété par un deuxième qui repose essentiellement sur une analyse des représentations obtenues à partir des discours de chaque patient.

5.2. Recours à la méthode de cas

La méthode de cas a été utilisée comme méthode d'analyse et de compréhension. Cette méthode permet de comprendre le sujet dans sa singularité, de comprendre son fonctionnement intrapsychique. D. Widlöcher (1990)¹²³ justifie le recours au « cas unique » comme moyen de comprendre les processus intrapsychiques, notamment ceux se déployant durant la cure. De ce fait, le cas unique se prête à une démarche scientifique authentique.

Sur la base de cette méthodologie de cas, on s'inscrit dans une problématique de compréhension de la symbolisation. Il s'agit de comprendre les différentes formes de symbolisation issues du discours des patients utilisant les croyances traditionnelles. La

¹²² Louise Martin, *Traitement statistique de données avec le logiciel Sphinx*. Trois-Rivières, Québec, Editions SMG, 1998, 425 p.

¹²³ Daniel Widlöcher, Le cas au singulier. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1990, 42, pp. 285-302.

compréhension du phénomène étudié ne se situe pas dans un simple rapport de causalité mais dans une multifactorialité (J. Doron, 2001)¹²⁴. Pour cela, on tiendra aussi compte de l'histoire du sujet, « *outil essentiel si l'on veut comprendre la genèse d'une souffrance ou d'un trouble* »¹²⁵.

Afin de saisir les différentes formes de symbolisation, on va s'intéresser à quelques niveaux d'analyse du discours des patients. Sur la base des travaux de B. Chouvier (2002), on peut noter trois niveaux de symbolisation ou niveaux structurant l'activité symbolique : le niveau expressif, le niveau signifiant et le niveau relationnel.

5.2.1. Le niveau expressif

5.2.2. Le niveau signifiant

A travers ce niveau d'analyse, est prise en compte l'activité signifiante ou symbolique. En effet, un terme, utilisé possède un sens premier et un sens figuré. Dans cette perspective, on peut noter l'importance accordée aux sens. Il s'agit d'une symbolisation par les sens. Par exemple dans le discours du cas Angèle, on note l'importance de la vision, et cela à travers ses hallucinations : « *je vois des personnes qui viennent me faire du mal...* ». Les cultes d'initiation et les rites traditionnels tournaient autour de cette même vision : « *je suis allé me faire initier pour voir la personne qui était à l'origine de ma maladie.... Quand on m'amène chez le nganga me soigner, il a « attrapé » (Il s'agit de voir) mon oncle et ma tante...* ».

Au niveau de la méthodologie projective, c'est dans le Rorschach qu'on peut noter l'importance de la vision. En effet, dans la plupart des planches, sinon toutes (lorsque je me réfère à la deuxième passation), la vision est mise en avant : « *...Je ne vois rien...je vois que c'est un dessin...* », à la planche I ou « *Je vois comme l'oiseau...* », à la planche V ou encore « *...Je vois deux animaux...* », à la planche VIII.

Par ailleurs, cette recherche de sens peut aussi s'appliquer à certaines planches telles que la planche I : « *Comme si c'est une personne debout et qui n'a pas de tête et les mains sont comme ça* » où la réponse est donnée avec un mime, en levant les mains vers le ciel, en signe d'adoration. A la planche IV : « *C'est à peu près comme des gens qui dansent le « mukudji » où on cache le visage pour qu'on ne puisse pas reconnaître la personne* », cette réponse est donnée à l'enquête après une inhibition.

Ces différentes réponses sont très signifiantes pour le sujet. De ce fait, il convient de se demander à quoi renvoie l'utilisation de la vision chez ce sujet ? A quoi renvoie ce mode privilégié de perception ? Vu l'utilisation répétée des croyances pour représenter la maladie mentale, quel est le sens de ces répétitions ? De même, quel est le sens de ces liens ?

5.2.3. Le niveau relationnel

¹²⁴ Jack Doron, *La méthode de cas en Psychologie clinique en Psychopathologie*. Paris, Dunod, 206 p.

¹²⁵ Jack Doron, *Idem*, p. 20.

Ce niveau d'analyse va tenir compte de la relation intersubjective dans la construction de l'objet. Pour cela, il repose sur la prise en compte du transfert, c'est-à-dire à partir de toute relation inconsciente unissant le sujet à un autre qui est pris comme support de ce qu'il n'est pas mais qu'il pourrait être (S. Freud, 1904), mais aussi du contre-transfert. L'objectif est d'ajuster le dispositif et ses objectifs dans le but de saisir les réalités psychiques en jeu.

Par ailleurs, par ce niveau d'analyse, il s'agit aussi de saisir aussi la relation symbolique du sujet. Autrement, il s'agit de voir quel type de relation (symbolique) le sujet a avec l'objet. Pour les chrétiens par exemple, la croyance en Dieu développe des pratiques de prières, de jeûnes, la participation aux cultes, etc. Alors que pour les croyants traditionnels, il y a les rites initiatiques, l'utilisation des fétiches au sens anthropologique, etc.

Ainsi, les raisons de ces choix méthodologiques sont à la fois simples et diverses. D'une part, l'objectif était de faire un travail original sur la base de nouveau matériau. D'autre part, il y a l'intérêt accordé à l'étude et à l'approfondissement des situations cliniques issues d'un milieu traditionnel dont la connaissance semble importante, du moins en ce qui concerne la problématique soulevée dans le cadre de cette recherche.

DEUXIEME PARTIE : ETUDES CLINIQUES. REPETER, CROIRE ET SYMBOLISER

Chapitre 1. Impact des croyances sur le fonctionnement psychique

Dans la société gabonaise, on peut noter que le phénomène de la maladie mentale en particulier repose sur un ensemble de croyances. En ce sens, la maladie mentale est la conséquence d'un péché commis par un individu, d'un envoûtement ou d'une action sorcière, etc. La référence à ces croyances pour représenter la maladie mentale montre leur importance dans la société. L'importance se caractérise par le fait que cette référence aux croyances se rencontre chez la plupart des individus, quels que soient leur âge, sexe, niveau d'étude. Afin de comprendre cette importance, il convient de voir, sur la base des enquêtes de terrain, ce qui caractérise ces croyances, quelle est leur fréquence de référence et comment se répartissent-t-elles dans la société ?

Dans une seconde étape, la référence aux croyances pour représenter la maladie mentale soulève aussi la question de la répétition. En effet, on peut constater que lorsqu'il

y a un événement heureux ou malheureux, le sujet fait référence aux mêmes croyances (Référence à Dieu ou à la sorcellerie) pour comprendre le fait. Ainsi, la référence aux croyances est sous-tendue par un travail de répétition. Dans ce cas, il s'agira de comprendre comment cette répétition s'inscrit dans un travail de symbolisation.

1. Importance des croyances dans la société

Dans la société gabonaise, les croyances jouent un rôle très important. Cette importance se situe au niveau de leur utilisation par les individus et de leur expression. Dans cette perspective, les résultats du tableau suivant ressortent le rôle que jouent les croyances dans la société :

Tableau 1 : Importance des croyances dans la société.

Importance des croyances	Nb. Cit.	Fréq.
Très important	40	39,6%
Important	51	50,5%
Peu important	5	5,0%
Pas important du tout	5	5,0%
TOTAL OBS.	101	100,00%

Par rapport à l'importance du rôle des croyances dans la société, les enquêtes menées sur le terrain font ressortir que près de 39,6% de la population interrogée accordent une un rôle « *très important* » aux croyances. Alors que 50, 5% disent accorder un rôle « *important* ». Et seulement 5% de la population accorde un rôle « *peu important* » aux croyances. Ce qui revient à dire qu'environ 95% de la population interrogée donne une importance aux croyances dans la société. Alors que près de 5% seulement n'accordent « *pas d'importance du tout* » aux croyances.

Sur la base des entretiens recueillis, au niveau individuel, on peut noter qu'une difficulté personnelle (chômage) ou un échec scolaire peut être interprété comme la conséquence d'un sort émanant d'un sorcier qui se trouve dans la famille. Les croyances sont utilisées pour expliquer et comprendre les situations auxquelles les individus sont confrontés. Dans ce sens, les croyances permettent d'orienter les comportements des individus tant au niveau individuel que collectif.

L'importance des croyances s'exprime aussi par l'attachement des individus. Par exemple, on peut noter que certaines familles chrétiennes sont attachées à leurs religions respectives. Un Protestant ne va fréquenter que les églises protestantes et non les églises catholiques ou les cultes traditionnels. Dans le tableau suivant essaie de ressortir les résultats issus du questionnaire et portant sur le « *degré d'attachement* » des individus aux croyances dans la société.

Tableau 2 : Degré d'attachement aux croyances.

DEUXIEME PARTIE : ETUDES CLINIQUES. REPETER, CROIRE ET SYMBOLISER

Degré d'attachement	Nb. Cit.	Fréq.
Très attaché	25	24,8%
Attaché	35	34,7%
Peu attaché	36	35,6%
Pas attaché du tout	4	4,0%
TOTAL OBS.	101	

A partir de ce tableau, on peut noter que près de 24,8% des individus interrogés « *très attachés* » aux croyances, près de 34,7% restent « *attachés* » et 35,6% des individus sont « *peu attachés* ». Alors que 4% des individus ne sont « *pas attachés* » du tout aux croyances. A partir de ces résultats, on peut dire que près de 95,1% des individus interrogés restent « *attachés* » à leurs croyances. Alors que 4% seulement des individus ne sont pas attachés du tout aux croyances. Le degré d'attachement aux croyances se caractérise par la référence à certaines pratiques par les individus, notamment la prière la participation aux messes. Tandis que ceux qui croient aux traditions assistent ou participent à des cultes tels que le *bwiti*, le *ndjobi*, le *ndjembé*, etc.

Cependant, si on compare la population qui accorde un rôle important aux croyances (Tableau 1), à celle qui est attachée à ces croyances (Tableau 2), il convient de noter une différence entre les deux résultats. En effet, 50,5% des individus accordent un rôle important aux croyances. Alors qu'ils sont seulement 34,7% à être y attachés. A quoi peut être liée cette différence ? Peut-on émettre l'hypothèse selon laquelle les individus accordent de l'importance aux croyances mais en réalité, ils ne les mettent pas en œuvre. A quoi peut être ce fait ?

L'importance des croyances dans la société se caractérise aussi par l'influence qu'elles ont sur les individus, en particulier les enfants. Dans ce sens, le tableau suivant fournit quelques résultats montrant l'influence des croyances sur les enfants.

Tableau 3 : Influence des croyances

Influence des croyances	Nb. Cit.	Fréq.
Très importante	36	35,6%
Importante	32	31,7%
Peu importante	25	24,8
Pas importante du tout	7	6,9%
TOTAL OBS.	101	

Des enquêtes réalisées, on peut noter que 35,6% des individus interrogés considèrent que les croyances ont une influence « *très importante* », 31,7% note une influence « *importante* » et 24,8% disent qu'elle est « *peu importante* ». En revanche, 6,9% des individus interrogés trouvent que l'influence n'est « *pas importante du tout* ». Ainsi, on peut dire que 92,10% de la population interrogée voit une influence des croyances sur les individus, notamment les enfants. Alors qu'ils sont 6,9% seulement à ne pas voir une influence de ces croyances.

La forte influence des croyances est manifeste dans la famille qui constitue la cellule de base pour le développement de l'individu ; c'est par elle que se transmettent les

valeurs essentielles. A tel point que les croyances partagées vont avoir une influence sur les croyances des membres de cette famille. Dans cette perspective, il est rare de trouver que les enfants n'épousent pas les croyances de leur famille.

En général, les enfants adoptent les croyances de leurs parents soit par mimétisme et par éducation « *Un enfant qui est habitué à observer l'initiation au bwiti ou habitué à la pratique religieuse peut être influencé au point même d'en faire la pratique* » ; soit par contrainte : « *Dans notre culture au Gabon, les parents imposent souvent à leurs enfants de pratiquer les mêmes rites et les oriente aussi vers les mêmes croyances* » ; soit encore par malléabilité, innocence : « *Parce que les enfants sont manipulables* ». Pour un enfant ayant été influencé pendant son jeune âge, il n'est pas rare qu'à l'âge adulte, il puisse perpétuer les mêmes croyances.

A l'âge adulte, certains enfants se démarquent cependant de cette influence. Il peut arriver que les croyances des enfants devenus adultes diffèrent de celles des parents. Par exemple, on peut retrouver, dans certaines familles, des parents croyant à la tradition, alors que les enfants sont chrétiens. Cette situation peut être liée au fait que l'adoption implique aussi un problème de choix. Car à l'âge adulte, on agit moins par mimétisme ou par obligation. Par ailleurs, ce n'est pas forcément le fait d'avoir vécu dans un milieu où il y a de nombreuses croyances qui fera simplement du sujet un croyant. Il peut y avoir d'autres circonstances pouvant favoriser l'émergence de ces croyances. En fonction de ses expériences, l'enfant pourra accorder une importance aux croyances.

Ainsi, l'influence des croyances sur les enfants soulève la question de la transmission intergénérationnelle, celle des valeurs et des normes dans la société. Ces valeurs sont à l'origine du développement de la personnalité du sujet.

Après avoir vu l'importance des croyances à travers l'attachement des individus et leur influence sur le développement, il convient maintenant de saisir les différentes formes de croyances, les domaines dans lesquels elles interviennent le plus, et enfin, leur répartition dans la population.

1.1. Les deux formes de croyances : religieuses et « traditionnelles »

De nombreuses formes de croyances ont été recensées dans le cadre de cette recherche, parmi lesquelles les croyances religieuses « modernes » et les croyances « traditionnelles ».

1.1.1. Les croyances religieuses « modernes »

La modernité est un mode de civilisation qui s'oppose au mode de la tradition. Elle se caractérise par deux attributs essentiels, à savoir l'omniscience et la toute puissance (tous deux des attributs de Dieu). Ces deux attributs se rencontrent dans les sciences et techniques qui sont des moyens utilisés par l'homme dans son désir de maîtriser et de dominer la nature.

Par croyances religieuses « modernes », il s'agit des croyances en rapport avec les religions chrétiennes, l'Islam, etc. A ces religions, s'ajoutent toutes les nouvelles religions issues des églises évangéliques anglo-saxonnes. Leur développement dans la société

gabonaise est tel qu'elles se retrouvent dans tous les domaines de la vie. A partir du tableau suivant, on peut noter l'importance des religions « modernes » dans la société.

Appartenance religie	Nb. cit.	Fréq.
Oui	86	85,1%
Non	15	14,9%
TOTAL OBS.	101	100%

Tableau 4 : Appartenance religieuse

A partir de ce tableau, on peut voir qu'environ 85,1% des individus rencontrés appartiennent à une religion. Alors que 14,9% seulement des individus possèdent une religion. Ces résultats montrent l'importance qu'occupent actuellement les religions dans la société gabonaise. Ces religions sont diverses comme on peut le distinguer dans le tableau suivant :

Dénomination religie	Nb. cit.	Fréq.
Catholique	48	47,5%
Protestante	31	30,7%
Autres	4	4,0%
Musulmane	3	3,0%
TOTAL OBS.	101	

Tableau 5 : Dénomination des religions

On note que près de 47,5% des individus interrogés appartiennent à la religion catholique, puis 30,7% se déclarent protestants et se réfèrent principalement aux églises évangéliques (Alliance chrétienne), aux « nouvelles églises » dites « éveillées » (Béthanie), aux Témoins de Jéhovah, etc. Ce qui permet de noter principalement deux grandes religions d'une part, la religion catholique et d'autre part, les religions protestantes.

Ces églises n'ont pas la même histoire par rapport à leur installation dans la société gabonaise. En effet, si l'installation du christianisme remonte depuis la période de la colonisation. Si l'Eglise protestante (ou Eglise évangélique) a la même histoire que l'Eglise catholique, les « nouvelles églises », quant à elles, ont commencé à se développer récemment vers le début des années 80. Si ces nouvelles églises prônent le vécu du Dieu des origines, elles pèchent aussi par son activisme qui poussent certains individus à rester catholiques.

1.1.2. Les croyances « traditionnelles »

Malgré l'existence de la modernité au Gabon, on peut noter un modèle « traditionnel »

toujours présent, parlant ainsi de société ou culture traditionnelle, basée essentiellement sur les traditions qui :

« sont le résultat de la perception plus ou moins avancée, plus ou moins interprétée et plus ou moins limitée des expériences des groupes humains. La tradition prend la forme convenant le mieux aux êtres à qui elle est destinée. Aussi, chaque peuple a ses propres possibilités de compréhension qui sont fonction du milieu qui est le sien. Ailleurs, ce milieu est nécessairement différent, les êtres le sont donc aussi, et leur assimilation, leurs représentations, sous forme de manière de penser, de faire ou d'agir héritée du passé, le sont également. Ce qui est compris d'eux, ce qui leur est utile peut ne pas l'être pour certains hommes, et les techniques employées peuvent n'offrir aucun intérêt pour d'autres » (J.C. Delbeau, 1990, 8-9)¹²⁶.

A l'opposé des religions « modernes », environ 14,9% seulement de la population utilisent ou ont utilisé les religions « traditionnelles ». Celles-ci se caractérisent par une diversité de cultes, de rites auxquels les individus se réfèrent. Le tableau suivant montre les principaux cultes et rites utilisés par les individus :

Appellation	Nb. cit.	Fréq.
Bwiti	5	5,0%
Ndjobi	1	1,0%
Ndjembé	4	4,0%
Melane	1	1,0%
Okoukwé	1	1,0%
Mwiri	1	1,0%
Elombo	1	1,0%
Ngombi	1	1,0%
TOTAL OBS.	101	

Tableau 6 : Dénomination des religions « traditionnelles ».

Dans ce tableau, il convient de noter deux principaux cultes : le *bwiti* et le *ndjembé*. D'une part, le *bwiti* est un culte pratiqué par les hommes. Le *bwiti* des *mitsogho* ou *bwiti originaire* est uniquement réservé aux hommes. Dans sa version syncrétique, le *bwiti fang*, des femmes peuvent s'initier. Au-delà du *bwiti*, uniquement réservé aux hommes, on a le *ndjobi*, le *mwiri* (rite initiation adolescent). D'autre part, il y a le culte réservé aux femmes, le *ndjembé*. A côté de ces cultes, il existe d'autres cultes qui varient en fonction des buts et des valeurs à acquérir pour son entrée dans la vie sociale.

Ainsi, on peut noter qu'il existe dans la société gabonaise deux formes principales de

¹²⁶ Jean-Claude Delbeau, *Société, Culture et Médecine populaire traditionnelle*. Etude sur le terrain d'un cas : Haïti, Henri Deschamps, 1990, 495 p.

croyances : d'un côté, les croyances ou religions modernes. Celles-ci comprennent une diversité de religions allant de la religion catholique aux « *nouvelles religions* », issues des mouvements évangéliques anglo-saxons, en passant par les églises protestantes. Le point commun entre ces religions est leur filiation à la pensée judéo-chrétienne qui repose sur la question du Bien et celle du mal. Depuis un moment, ces religions connaissent un développement de plus en plus accéléré. De l'autre, on a les croyances « *traditionnelles* » qui sont de moins en moins utilisées. A quoi peut être liée cette disproportion entre les religions modernes et les religions « *traditionnelles* » ?

Etant donné l'importance des croyances dans la société, il semble nécessaire de saisir les domaines d'intervention des croyances.

1.2. Deux domaines d'intervention des croyances

En s'intéressant aux croyances dans la société, on peut noter qu'elles interviennent dans de nombreux domaines de la vie des individus. Par exemple, avant d'effectuer un voyage ou de participer à un examen, une personne ira l'idée d'aller prendre la bénédiction chez son père ou son oncle. Ce qui permet de montrer l'importance que les individus accordent à ces croyances. Dans le cadre de cette recherche, quelques domaines dans lesquels les croyances se rencontrent le plus ont été mis en avant, comme le montre le tableau qui suit :

Domaines d'intervent	Nb. cit.	Fréq.
Pratiques religieuses	65	64,4%
Relations entre individus	14	13,9%
Conduites quotidiennes	10	9,9%
Interprétations des faits	42	41,6%
TOTAL OBS.	101	

Tableau 7 : Domaines d'intervention des croyances.

A partir de ce tableau, on peut noter quatre domaines dans lesquels on rencontre les croyances, à savoir les pratiques religieuses, l'interprétation des faits, les relations entre individus et les conduites quotidiennes.

Alors que dans l'interprétation des faits, elle se caractérise par une référence aux croyances modernes ou « *traditionnelles* » pour interpréter les faits. Par exemple, dans le cas de la maladie mentale, si pour certains (chrétiens), elle est la conséquence d'un péché commis par une personne, en revanche, elle peut être considérée comme la conséquence d'une action sorcière. En ce qui concerne les pratiques religieuses, elles constituent le domaine où s'exercent naturellement le plus ces croyances. Par exemple, on peut noter l'organisation des prières, la participation à des messes ou encore l'utilisation des rites d'initiation, comme faisant partie de ces croyances.

Vu l'importance des croyances traditionnelles dans la société, il semble intéressant de s'y arrêter un instant.

2. Croyances traditionnelles à l'œuvre dans la société gabonaise

L'intérêt pour les croyances « *traditionnelles* » est lié au fait qu'elles occupent une place importante dans la société, malgré la faible importance qui leur est accordée. Dans ce sens, les résultats de l'enquête ont montré que 14,9% des individus ont une religion traditionnelle ¹²⁷. Cependant, dans la réalité, les croyances traditionnelles ont un autre intérêt. En effet, ces croyances se retrouvent dans les discours des individus, et en particulier des patients pour représenter la maladie mentale ou pour la prendre en charge. Le tableau suivant montre l'importance que requièrent les croyances traditionnelles dans la société.

Origine	Nb. cit.	Fréq.
Spirituelle	2	1,6%
Traditionnelle	62	48,8%
Psychologique	4	3,1%
Naturelle	59	46,5%
TOTAL CIT.	127	100%

Tableau 8 : Différentes origines de la maladie mentale.

A partir de ce tableau, on peut noter que 48,8% des individus interrogés disent que la maladie mentale a une origine « *traditionnelle* » et 46,5% pensent qu'elle est d'origine « *naturelle* » ¹²⁸. Alors que 1,6% seulement pensent que la maladie mentale est d'origine « *spirituelle* ». En ce qui concerne les croyances « *traditionnelles* », leur surestimation est encore plus remarquable lorsqu'on s'intéresse à leur influence directe sur l'émergence de la maladie mentale. Le tableau ci-dessous fait ressortir cette influence.

¹²⁷ Voir tableau 3, p. 119.

¹²⁸ Voir les maladies « *naturelles* », p. 27.

Influence des croyan1	Nb. cit.	Fréq.
Oui	91	90,1%
Non	7	6,9%
TOTAL OBS.	101	

Tableau 9 : Influence des croyances traditionnelles.

Dans ce tableau, on peut noter que 90,1% environ des individus pensent que les croyances traditionnelles ont une influence sur l'explication de la maladie mentale. Alors que 6,9% seulement des individus ne voient aucune influence des croyances dans cette explication. Ainsi, malgré l'influence de la modernité, la société gabonaise a pu encore garder certaines de ses croyances traditionnelles. Dans cette perspective, la compréhension d'un événement, qui plus est, malheureux, tiendra compte de ces croyances. Qu'est-ce qui caractérise ces croyances ?

2.1. Les différentes caractéristiques des croyances traditionnelles

Les croyances traditionnelles sont composées de plusieurs formes de croyances qui sont utilisées par les individus dans la société. Les enquêtes réalisées dans le cadre de cette recherche montrent une diversité de croyances qui permet de représenter la maladie mentale. A travers le tableau ci-dessous, on a pu recueillir quelques unes.

Causes de la maladie	Nb. cit.	Fréq.
Ancêtres	7	2,3%
Empoisonnement	16	5,3%
Envoûtement	49	16,2%
Esprits	34	11,2%
Génies	14	4,6%
Magie	69	22,8%
Malédiction	39	12,9%
Sorcellerie	64	21,1%
Autres	11	3,6%
TOTAL CIT.	303	100%

Tableau 10 : Différentes caractéristiques des croyances traditionnelles

Le tableau ci-dessus fait ressortir différentes caractéristiques des croyances traditionnelles, à savoir la magie, la sorcellerie, les esprits, l'envoûtement, etc. En effet, 22,8% des individus croient à la magie ; 21,1% à la sorcellerie ; 16,2% aux envoûtements ; 12,9% à la malédiction ; 11,2% aux esprits, etc. Dans son ouvrage intitulé Rites et croyances des peuples du Gabon, A. Raponda-Walker (1962)¹²⁹ notait déjà la présence de tous ces phénomènes comme faisant partie des croyances existant dans la société gabonaise. Toutes ces croyances permettent de représenter la maladie mentale. De ce fait, pour les individus, la maladie mentale est la conséquence des pratiques magiques, des croyances à la sorcellerie, des croyances aux esprits, des envoûtement, etc. Pour cela, elles constituent des facteurs étiologiques permettant de représenter la maladie mentale.

Après avoir vu les différentes caractéristiques des croyances traditionnelles et leur importance dans la société, il convient maintenant d'observer comment ces croyances sont utilisées et réparties dans la société.

2.2. L'utilisation et la répartition des croyances traditionnelles

L'utilisation des croyances traditionnelles ne se répartit pas de la même façon dans la société, selon que le sujet soit jeune ou âgé, qu'il soit une femme ou un homme. Pour cela, afin de saisir cette répartition, on va prendre en compte trois variables, à savoir l'âge, le sexe et le niveau d'étude.

2.2.1. L'âge

La référence aux croyances traditionnelles dépend de l'âge du sujet. En effet, plus l'individu est jeune, plus il aura tendance à accorder une importance aux croyances. Par contre, il serait faux de dire que plus la personne est âgée, moins il y croit. Cette hypothèse n'est valable que dans un milieu où les croyances n'ont aucune influence.

Le tableau suivant montre les résultats sur l'utilisation des croyances traditionnelles selon l'âge.

Origine	Age	- 17 ans	18-25 ans	26-40 ans	41-65 ans	TOTAL
Spirituelle		0,0%	0,0%	1,6%	5,3%	1,6%
Traditionnelle		57,1%	51,5%	46,0%	52,3%	49,2%
Psychologique		0,0%	0,0%	4,8%	5,3%	3,3%
Naturelle		42,9%	48,5%	47,6%	36,3%	45,9%
TOTAL		100%	100%	100%	100%	100%

¹²⁹ André Raponda-Walker, Roger Sillans (1962), *Rites et croyances des peuples du Gabon*. Essai sur les pratiques religieuses d'autrefois et d'aujourd'hui. Paris, Présence africaine, édition 1983.

Tableau 11 : Référence aux croyances selon l'âge.

A partir de ces résultats, il convient d'abord de noter que 49,2% des individus interrogés accordent une importance aux croyances traditionnelles. 57,1% des individus de moins de 17 ans attribuent l'origine de la maladie mentale aux croyances traditionnelles ; pour les 18-25 ans, ils sont 46% ; pour les 26-40 ans, ils 46% et pour les 41-65 ans, ils 52,6%. Ces résultats montrent une importance accordée aux croyances traditionnelles. Dans ce sens, les sujets ayant moins de 17 ans accordent plus d'importance aux croyances traditionnelles que les autres tranches d'âge. Mais au fur et à mesure que les individus atteignent la quarantaine, cette importance diminue pour augmenter à nouveau après la quarantaine.

Cette importance soulève la question générale de l'influence des croyances sur l'enfant. Dans ce sens, on peut dire que plus le sujet est jeune, plus il a tendance à croire facilement. Cependant, on peut noter une augmentation dans la dernière tranche d'âge. A quoi peut être liée cette augmentation de l'importance accordée aux croyances traditionnelles dans la tranche d'âge 41-65 ans ? Par ailleurs, à quoi peut être liée la baisse de l'importance accordée à ces croyances de la tranche d'âge 26-40 ans ? Toutefois, les valeurs se situent au-delà de cette norme, hormis les sujets appartenant à la tranche d'âge 26-40 ans, les autres tranches d'âge ont des valeurs supérieures à 46%. Cette baisse peut s'interpréter comme un manque d'intérêt pour les croyances traditionnelles par les individus appartenant à cette tranche d'âge. Par conséquent, cette baisse entraîne une augmentation des représentations liées aux croyances dites modernes (psychologique et naturelle).

Ainsi, il convient de noter que même si le degré de croyance diffère selon les tranches d'âge, les individus interrogés accordent une importance aux croyances traditionnelles. Ce sont justement ces croyances qui leur permettent de représenter la maladie mentale.

2.2.2. Le sexe

La référence aux croyances traditionnelles se fait aussi selon le sexe comme on le peut noter à partir du tableau ci-dessous.

Sexe	Féminin	Masc ulin	TOTAL
Origine			
Spirituelle	0,0%	2,9%	1,6%
Traditionnelle	51,7%	46,4%	48,8%
Psychologique	5,2%	1,4%	3,1%
Naturelle	43,1%	49,3%	46,5%
TOTAL	100%	100%	100%

Tableau 12 : Répartition des croyances traditionnelles selon le sexe.

On peut noter que 51,7% des femmes accordent plus d'importance aux croyances

traditionnelles que les hommes avec 46,4%. Dans ce sens, il convient de noter aussi le pourcentage des femmes qui utilisent les croyances est supérieure à celui de la population utilisant les croyances 48,8%. Alors que le pourcentage des hommes est inférieur à la moyenne. De ce fait, on peut faire l'hypothèse que les femmes accordent plus d'importance aux croyances traditionnelles que les hommes. Cette situation est liée à l'attachement de la femme à la famille et aux traditions par rapport l'homme.

2.2.3. Le niveau d'étude

Certaines études ont pu montrer qu'il existe une relation entre le niveau d'étude et la capacité à croire du sujet. Autrement dit, moins le niveau d'étude est élevé chez un individu, plus le degré de croyance est important. Dans le cadre de cette enquête, des résultats mettent en relation le niveau d'étude et les croyances traditionnelles, comme le montre le tableau suivant :

Niveau d'étude	Primaire	Sixième- Troisième	Secondaire Terminale	Bac-Bac+1	Bac+2-Bac+3	TOTAL
Spirituelle	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	3,2%	1,7%
Traditionnelle	75,0%	61,9%	45,2%	51,6%	38,7%	49,2%
Psychologique	0,0%	1,6%	3,2%	0,0%	3,2%	2,5%
Naturelle	25,0%	33,3%	16,1%	16,1%	51,8%	46,6%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 13 : Répartition des croyances traditionnelles selon le niveau d'étude.

L'analyse de ce tableau montre que le degré de croyance varie en fonction du niveau de croyance. Dans ce sens, 75% des individus utilisant les croyances traditionnelles ont un niveau primaire ; 61,9% ont un niveau se situant entre la classe de 6^{ème} et celle de 3ème ; 45,2% ont un niveau entre la classe de Seconde et celle de Terminale ; 51,6% ont un niveau Bac et 38,7% ont un niveau supérieur au Bac. De ce fait, on peut voir que plus le niveau d'étude s'élève, plus la croyance diminue. Dans ce sens, il convient de noter que par rapport à la moyenne de la modalité croyance (49,2%), le primaire et le secondaire ont un niveau de croyance plus élevé. Alors qu'à partir de la seconde, ce niveau de croyance commence à baisser. Cependant, au niveau de la modalité Bac-Bac+2, on peut noter une légère augmentation du niveau de croyance. Mais à quoi cette augmentation peut être liée ?

Il convient de noter que là où l'esprit scientifique existe, il y a une baisse des croyances. Ce qui veut que plus le niveau d'étude est élevé, moins les individus utilisent les croyances. Cependant, même chez un individu ayant un niveau d'étude élevé, il peut y avoir un degré important de croyance. Cette importance peut être liée à plusieurs facteurs. Par rapport au niveau Baccalauréat, on peut noter l'importance ce diplôme qui est un gage d'entrée dans certaines administrations ; elle permet d'accéder au niveau universitaire. Un échec à ce diplôme coupe tout espoir d'être reconnu par la société, et par conséquent, est susceptible d'entraîner une certaine angoisse. Dans cette

perspective, la répétition des échecs va être à l'origine de la référence aux croyances pour pouvoir les justifier.

Ainsi, même s'il existe une variation selon l'âge, le sexe et le niveau d'étude, force est de constater que les croyances à la sorcellerie existent bel et bien, quelle que soit la couche de la population. En effet, l'utilisation des croyances dépend de plusieurs facteurs, à savoir la répétition des événements malheureux et leur soudaineté, le caractère incurable de la maladie, l'angoisse liée à l'échec, l'origine supposé mystique du phénomène, etc. qui vont être à l'origine de l'utilisation fréquente des croyances par le sujet.

Cependant, la référence aux croyances traditionnelles pour pouvoir représenter les faits induit des comportements orientant le recours aux thérapies traditionnelles. De ce fait, il s'agit maintenant de saisir comment se répartit cette utilisation des pratiques, en particulier des thérapies traditionnelles.

2.3. L'utilisation des thérapies traditionnelles et leur répartition dans la société

Cependant, l'influence des croyances traditionnelles n'est pas seulement manifeste au niveau de la pensée, elle l'est aussi au niveau de la pratique. Ce qui revient à s'intéresser aux thérapies traditionnelles et à la répartition de leur référence dans la société.

2.3.1. La référence aux thérapies traditionnelles

L'utilisation des croyances traditionnelles pour représenter la maladie mentale a pour conséquences l'utilisation des thérapies en rapport avec ces croyances. Dans ce sens, il convient de noter qu'il existe une relation entre les croyances et les pratiques. De fait, l'importance accordée l'est aussi pour les thérapies traditionnelles. Cette importance se caractérise fréquence élevée d'utilisation de ces pratiques comme le montre le tableau suivant :

fréquence de consult	Nb. cit.	Fréq.
Très souvent	6	5,9%
Souvent	40	39,6%
Rarement	37	36,6%
Jamais	14	13,9%
TOTAL OBS.	101	

Tableau 14 : Fréquence d'utilisation de thérapies traditionnelles.

A partir de ce tableau, on peut noter 5,9% des individus interrogés au cours de cette recherche ont « *très souvent* » utilisé les thérapies traditionnelles ; 39,6% ont « *souvent* »

utilisé ces thérapies et 36,6% les ont « *rarement* » utilisées. Alors que 13,9% seulement des individus ne les ont « *jamais* » utilisées. Ainsi, on peut noter que 82,1% environ des sujets interrogés ont déjà consulté un thérapeute traditionnel. Ce qui montre l'importance de ces thérapies traditionnelles dans la société. Mais à quoi peut être liée l'utilisation de façon récurrente de ces thérapies ?

L'utilisation des pratiques est liée à un ensemble d'expériences individuelles. En effet, sur la base des résultats des enquêtes, on peut noter que plusieurs situations sont à l'origine de cette référence des thérapies traditionnelles, à savoir le désespoir lié à des situations difficiles, l'angoisse liée à la peur du mauvais sort, l'inefficacité des autres thérapies, l'origine traditionnelle ou mystique de la maladie, etc. Suite aux angoisses nées des deuils, des maladies dans les familles, les individus vont utiliser certaines pratiques comme : la « *consultation* ». Celle-ci repose sur la divination pour découvrir la cause, sinon l'auteur de l'acte ; l'utilisation des fétiches dont l'objectif est de se protéger contre les sorciers. En craignant d'être attaqués par les sorciers, certains individus vont avoir recours aux « *féticheurs* » qui leur feront quelques amulettes qu'ils porteront sur eux.

Les angoisses peuvent aussi dépendre des situations de désespoir des individus face aux difficultés professionnelles et sociales rencontrées. En effet, face aux différents échecs rencontrés dans la vie conjugale, professionnelle, familiale (conflits), le sujet se retrouve dans une situation de découragement de la vie. Ce désespoir repose aussi sur les insatisfactions nées de l'inefficacité d'autres formes de prise en charge. Cette inefficacité thérapeutique va entraîner l'utilisation des pratiques traditionnelles par le sujet. Par ailleurs, cette inefficacité peut être liée au fait que la maladie ait une origine mystique et traditionnelle. De ce fait, la maladie ne peut être prise en charge que par les *nganga*, comme le montre le tableau suivant :

Lieu thérapeutique ¹	Nb. cit.	Fréq.
Hôpital	33	28,9%
Thérapeute traditionnel	55	48,2%
Eglise	26	22,8%
TOTAL CIT.	114	100%

Tableau 15 : Différents lieux thérapeutiques.

Ce tableau montre les différents lieux thérapeutiques utilisés lorsqu'un individu est face à la maladie mentale. En effet, 48,2% des individus interrogés disent le malade doit être conduit chez un thérapeute traditionnel ; 28,9% pensent qu'il doit être conduit dans un hôpital. Alors que 22,8% des individus pensent qu'il doit être conduit dans une église.

La référence aux croyances aux croyances traditionnelles a pour conséquences au niveau du comportement des individus un recours aux pratiques et aux thérapies traditionnelles.

2.3.2. La répartition thérapies traditionnelles dans la société

Dans cette perspective, il convient de voir comment se répartit l'utilisation de ces pratiques traditionnelles dans la population étudiée, selon l'âge, le sexe et le niveau d'étude.

2.3.2.1. L'âge

La question des pratiques traditionnelles soulève celle de sa répartition selon l'âge. Selon que le sujet soit jeune ou plus âgé, la fréquence d'utilisation des *nganga* se sera pas la même. Sur le plan quantitatif, le tableau suivant met en relation l'utilisation des pratiques thérapeutiques et l'âge du sujet.

Age	- 17 ans	18-25	26-40	41-65	TOTAL
fréquence de consult		ans	ans	ans	
Très souvent	4,3%	0,0%	4,2%	1,1%	6,3%
Souvent	4,3%	15,8%	21,1%	3,2%	41,1%
Rarement	2,1%	3,2%	23,2%	6,3%	37,9%
Jamais	0,0%	7,4%	4,2%	3,2%	14,7%
TOTAL	4,2%	29,5%	52,6%	13,7%	100%

Tableau 16 : Fréquence de consultation des *nganga* par âge.

En ce qui concerne les moins de 17 ans, on peut noter que peu de sujets interrogés consultent les *nganga*, avec environ 4,3%. Dans la tranche d'âge 18-25 ans, ils sont 15,8% à consulter « souvent » les *nganga* et 6,3% à le faire « rarement ». Alors qu'ils sont seulement 7,4% à n'avoir « jamais » consulté. Dans la tranche 26-40 ans, ils sont plus nombreux à consulter. 4,2% des individus interrogés disent avoir « très souvent » consulté les *nganga* ; 21,1% les ont souvent consultés et 23,2% ont « rarement » consulté. Alors qu'ils sont 4,2 seulement à n'avoir « jamais » consulté. Quant à la dernière tranche d'âge, 41-65 ans, ils sont 1,1% des sujets à avoir consulté « très souvent » les thérapeutes traditionnels ; 3,2% l'ont souvent fait et 6,3% les ont rarement consultés. Alors que 3,2% seulement ne les ont « jamais » consultés.

Ainsi, on peut noter qu'il existe une fréquence élevée des sujets qui font référence aux pratiques thérapeutiques traditionnelles, en allant consulter des *nganga*. Ces consultations augmentent avec l'âge des sujets. Cependant, au-delà de la quarantaine, cette fréquence de consultation diminue. L'analyse du tableau permet de montrer que c'est la tranche d'âge 26-40 ans qui fait plus usage à ces pratiques thérapeutiques traditionnelles, avec près de 48,5% de la population interrogée, puis suivie de la tranche d'âge 18-25 ans, avec près de 22,1%. Pourquoi les individus appartenant à la tranche d'âge 26-40 ans font tant référence à ces pratiques traditionnelles ?

Dans la société gabonaise, la tranche d'âge 26-40 ans constitue une période au cours de laquelle l'individu est à la recherche de sa stabilité tant sur le plan conjugal que professionnel. L'augmentation de la référence aux pratiques traditionnelles à cette période peut être liée à plusieurs facteurs. En effet, au-delà de la recherche de la guérison,

d'autres facteurs, à savoir les différents échecs de la vie quotidienne, vont conduire certains individus à consulter les *nganga* dans le but d'obtenir une promotion sociale, de trouver un mari ou encore de réussir aux examens. Dans ce sens, cette tranche d'âge paraît la plus vulnérable sur le plan psychologique. Ce qui peut les conduire le plus souvent à consulter les *nganga*. Ainsi, le pourcentage élevé de consultation se situant à cette période peut expliquer cette situation.

D'autres variables peuvent permettre de comprendre cette répartition des pratiques traditionnelles, à savoir le sexe.

2.3.2.2. Le sexe

Le sexe joue aussi un rôle important dans l'utilisation et la répartition des thérapies traditionnelles. Le tableau suivant fait ressortir les résultats qui mettent en relation l'utilisation des pratiques thérapeutiques et le sexe :

fréquence de consult	Sexe	Féminin	Masc ulin	TOTAL
Très souvent		4,1%	2,1%	6,2%
Souvent		17,5%	23,7%	41,2%
Rarement		16,5%	21,6%	38,1%
Jamais		8,2%	6,2%	14,4%
TOTAL		46,4%	53,6%	100%

Tableau 17 : Fréquence de consultation des *nganga* par sexe.

A partir de ce tableau, on peut noter, en ce qui concerne les femmes, que 4,1% des femmes interrogées ont « *très souvent* » consulté les *nganga* ; 17,5% ont « *souvent* » les consultés et 16,5% des femmes les ont consultés. Alors que 8,2% seulement ne les ont « *jamais* » consulté. En ce qui concerne les hommes, En effet, 2,1% des hommes ont « *très souvent* » consulté les *nganga* ; 23,7% les ont « *souvent* » consultés et 21,6% les ont « *rarement* » consultés. Alors que 6,2% seulement ne les ont « *jamais* » consultés.

Ainsi, ce qui revient à dire que les hommes utilisent plus que les femmes les thérapies traditionnelles. Pourquoi, le pourcentage des hommes est-il plus élevé que celui des femmes par rapport à l'utilisation des thérapies traditionnelles ? Est-ce que voudrait dire que les hommes sont plus vulnérables que les femmes, les conduisant ainsi à consulter fréquemment les *nganga* ? Dans ce sens, on peut noter que parmi les sujets rencontrés, au moins 7 sur 12 sont des hommes.

Un dernier facteur qui peut permettre de comprendre l'utilisation des thérapies traditionnelles est le niveau d'étude.

2.3.2.3. Le niveau d'étude

Le niveau d'étude permet aussi de comprendre la façon dont se répartit la référence aux thérapies traditionnelles dans la société. Sur la base des résultats issus de l'enquête, on peut voir cette répartition dans le tableau qui suit :

Niveau d'étude	Primaire	Sixième-Troisième	Seconde-Terminal	Bac-Bac+2	Bac+3-Bac+5	TOTAL
Fréquence de consult						
Très souvent	1,1%	2,2%	0,0%	2,2%	1,1%	6,5%
Souvent	0,0%	6,5%	8,7%	10,0%	13,0%	40,2%
Rarement	2,2%	4,3%	12,0%	10,9%	8,7%	38,0%
Jamais	0,0%	1,1%	5,4%	2,2%	6,5%	15,2%
TOTAL	3,3%	14,1%	26,1%	27,2%	29,3%	100%

Tableau 18 : Fréquence de consultation selon le niveau d'étude.

A partir de ce tableau, on peut constater que 3,3% des individus ayant consulté les *nganga* ont un « niveau primaire ». En ce qui concerne le deuxième niveau (Sixième-Troisième), 2,2% des individus ont « très souvent » consulté les *nganga* ; 6,5% les ont « souvent » consultés et 4,3% les ont « rarement » consultés. Alors que 1,1% seulement les a consultés. Pour le troisième niveau (Seconde-Terminal), 8,7% des individus ont « souvent » consulté les *nganga* et 12% les ont « rarement » consultés. Alors que 5,4% seulement ne les ont « jamais » consultés. Dans le quatrième niveau d'étude (Bac-Bac+3), on peut noter que 2,2% des sujets interrogés ont « très souvent » consulté les *nganga* ; 12% les ont « souvent » consultés et 10,9% l'ont « rarement » fait. Alors que 2,2% seulement n'ont « jamais » consulté les *nganga*. Dans le cinquième niveau (Bac+3 et plus), 1,1% des individus a « très souvent » utilisé les *nganga* ; 13% les ont « souvent » utilisés et 8,7% l'ont « rarement » fait. Alors que 6,5% des individus n'ont « jamais » consulté des *nganga*.

A partir de ces résultats, on peut se rendre compte que la fréquence de consultation des *nganga* augmente avec le niveau d'étude, alors que celui-ci devrait permettre un recours limité aux croyances traditionnelles, et par conséquent, aux thérapies qui en découlent. A quoi peut être liée cette référence fréquente aux *nganga* chez les individus ayant un niveau d'étude élevé ? Seulement, il convient de signaler que ces enquêtes ont été réalisées dans les zones urbaines. Cela peut-il expliquer cette discordance ?

Ainsi, la référence aux pratiques traditionnelles peut être liée à un ensemble de facteurs. Sur la base des enquêtes réalisées, on peut noter d'une part, la recherche de la guérison par le sujet ou d'une solution à une situation de désespoir. D'autre part, la mise en relief des valeurs culturelles. Celles-ci se caractérisent par certains rites initiatiques comme le *bwiti*, le *ndjobi*, le *mwiri*, etc. La pratique de ces rites se fait participation active aux veillées dans différents rites, par les consultations des *nganga*, allant jusqu'au port des « fétiches » ou des protections pour lutter contre les ennemis sorciers, ou encore certaines « attaques mystiques ».

A travers la référence à ces thérapies traditionnelles, se pose la question de l'efficacité de celles-ci et des itinéraires thérapeutiques empruntés par les individus. En ce qui concerne l'efficacité des thérapies, sur la base des enquêtes menées, on a pu noter

que les thérapies traditionnelles sont les « *plus efficaces* », suivies des thérapies modernes, et enfin, des thérapies spirituelles. Cette efficacité repose sur « *le nombre de cas de malades mentaux qui ont été pris en charge par les ngangas. A contrario, à l'hôpital, lorsqu'un malade a été guéri, il finit par rechuter. Quant aux thérapies spirituelles, la simple prière ne peut pas guérir* ». Si certaines de ces thérapies sont efficaces, d'autres le sont moins. Ce qui est à l'origine de la multiplication des itinéraires thérapeutiques.

Les itinéraires thérapeutiques peuvent prendre plusieurs formes. Dans ce sens, selon les données recueillies sur le terrain, le premier lieu thérapeutique auquel l'individu pense lorsqu'il est malade est l'hôpital. Puis, il y a le *nganga* et enfin l'église. Mais ce premier lieu thérapeutique n'est pas forcément le lieu où le malade trouvera « *guérison* ». Car, moins son évolution sera favorable, plus il pourra faire le tour des thérapeutes à la recherche de la guérison. Dans cette perspective, les itinéraires thérapeutiques dépendent d'abord des croyances de chaque individu.

Ensuite, lorsqu'il rencontre des difficultés de guérison, ce ne sont plus les croyances qui priment mais plutôt la volonté de guérir. Par exemple, un chrétien peut se retrouver chez un *nganga* et vice-versa. Même si, au départ, le choix du lieu thérapeutique était fonction des croyances du sujet. Parfois lorsque la maladie est plus grave, l'empêchant d'utiliser ses capacités conscientes, il revient aux membres de la famille d'orienter ce choix, en fonction de leurs croyances mais aussi de la renommée du thérapeute ou de l'institution thérapeutique. De ce fait, certains iront chez tel pasteur, prêtre, *nganga* parce qu'ils ont eu un écho favorable. Ainsi, tous les cas rencontrés dans le cadre de cette recherche ont subi la même démarche : hôpital, pasteur ou *nganga* ou vice-versa. Pour S. Mbadinga et al. (2000), il s'agit de « *soigner en rond* ».

Cependant, même si le malade ne quitte pas un thérapeute pour un autre, il peut consulter à la fois deux ou plusieurs thérapeutes, tout en étant chez son premier thérapeute, quand ce n'est pas lui-même qui le pousse à aller consulter ailleurs. Il arrive souvent que certains médecins, après avoir prescrit un traitement et ne voyant aucune évolution favorable, vont demander au malade d'aller voir un *nganga* car ils considèrent que la maladie en question est une « *affaire des noirs* ». Par ailleurs, des entretiens avec les thérapeutes spirituels ou traditionnels, il ressort que ces derniers demandent souvent à leurs malades de contacter des médecins pour des traitements. De ce fait, on note une sorte de « *bricolage* » thérapeutique entre ces différentes prises en charge.

« *Soigner en rond* » soulève la question de la difficulté à évaluer exactement l'efficacité d'une thérapie. Car en faisant la ronde des thérapeutes, la thérapie se dilue à tel point qu'on ne peut pas cerner la thérapie à l'origine de la guérison du malade. De ce fait, l'efficacité d'une thérapie particulière est-elle à relativiser ?

Après avoir mis en évidence la référence aux croyances dans la société, sur la base de leurs caractéristiques et des différents individus, il convient maintenant de voir quelles sont les facteurs qui permettent la référence à ces croyances, posant ainsi la question des relations entre représentations et société.

Ainsi, les croyances ont une influence sur les comportements et les conduites des individus. Dans ce sens, C. Camilleri et G. Vinsonneau (1996)¹³⁰ ont montré l'importance de l'influence psychologique de certains faits culturels sur le comportement de l'individu.

Cette influence est d'autant plus vraie que les croyances permettent aux individus de s'y référer et induisent des comportements à l'origine de l'utilisation des thérapies. Les croyances constituent alors des « *systèmes de pensée* ».

Bien qu'il existe une référence importante aux croyances traditionnelles pour représenter la maladie mentale, il convient de noter une augmentation des religions chrétiennes au détriment de ces croyances traditionnelles. D'un point de vue historique, le développement du christianisme au Gabon est lié à la très forte christianisation de la région. L'augmentation de la fréquentation des religions modernes se fait proportionnellement à la diminution de la fréquentation des religions traditionnelles. Ce qui soulève alors la question du dynamisme de la société. Mais sur quoi repose-t-il ?

Afin de comprendre cette évolution sociale, un ensemble de raisons peuvent être évoquées tant du point de vue religieux que sociologique. D'un point de vue religieux, pour certains chrétiens, la fréquentation des religions modernes au détriment des religions traditionnelles est à mettre sur le dos d'un « *éveil spirituel* » que traverse la société gabonaise. Pour les chrétiens, il y a une importance de la foi dans la vie de l'être humain. Pour ces religieux, les initiations rencontrées, les séances divinatoires rencontrés dans le monde traditionnel sont des pratiques « *diabolique* » et « *satanique* ».

D'un point de vue historique, cette diabolisation des religions traditionnelles remonterait depuis la période coloniale. En effet, lorsque les premiers colons, des missionnaires, arrivèrent, il y eut non seulement l'idée de transmettre la « *bonne nouvelle* », mais aussi l'esprit de conquête, avec l'intention de civiliser. Pour cela, il fallut d'abord effacer ce qui faisait obstacle, notamment les croyances traditionnelles. Dans ce sens, la disproportion entre les religions modernes et traditionnelles actuelles pourrait être le résultat de ce travail de diabolisation. Par ailleurs, certaines pratiques traditionnelles ont donné une mauvaise image à la population. Au cours de certaines pratiques initiatiques, des individus allant se soigner trouvent la mort ou deviennent « *fous* ». A travers ces faits, on note une mise à l'écart des croyances « *diaboliques* », notamment des croyances traditionnelles. Les tenants de ces virulentes positions sont les chrétiens protestants.

3. Représentations et société

Dans la société gabonaise, on peut noter une référence quasi-systématique aux représentations, et en particulier aux croyances. Leur importance grandissante dans la société soulève la question de leur dynamisme. De ce fait, quels sont les facteurs à l'origine de cette référence ? Sur quoi repose ce dynamisme ?

3.1. La référence aux croyances dans la société

Dans le cadre de cette recherche, de nombreux facteurs à l'origine de la référence aux croyances dans la société ont été mis en évidence. On peut constater que la référence aux croyances peut être liée au désir de vite guérir, à l'inefficacité des thérapies ou encore à la volonté de valoriser la culture. Ce qui soulève les questions de l'immédiateté des

¹³⁰ Carmen Camilleri et Genéviève Vinsonneau (1996). *Psychologie et culture : concepts et méthodes*. Paris : Armand Colin.

résultats, de l'inadaptation de la prise en charge et de l'influence des facteurs culturels.

En ce qui concerne l'« *immédiateté des résultats* », on peut noter que lorsque les individus vont consulter et se faire « *soigner* », l'objectif est d'obtenir des résultats immédiats par rapport aux thérapies utilisées. Cette immédiateté des résultats que réclament souvent les patients pose la question de l'efficacité des thérapies utilisées dans la prise en charge du sujet. Cette efficacité va dépendre du type de prise en charge et de la forme de la maladie à prendre en charge. Par exemple, la médecine occidentale a une efficacité sur les maladies organiques ou dites naturelles. Dans cette perspective, lorsque certains individus sont confrontés à la maladie mentale, ils ont recours automatiquement aux thérapies traditions car ce sont les « *choses de la tradition* ». Mais ce recours dépendra des croyances du sujet ou des membres de sa famille. Par exemple, si le sujet est chrétien, il se dirige d'abord vers les églises. S'il croit aux traditions, il ira consulter les thérapeutes traditionnels en premier.

Seulement, le problème commence à se poser lorsque la prise en charge proposée n'apporte pas d'amélioration. L'approche traditionnelle est prise en compte lorsque les signes objectifs désignant la maladie ne sont pas décelés. Face à cette situation, le sujet et son entourage (famille, amis) vont à la recherche d'un certain nombre de prises en charge, pourvu que la guérison soit trouvée. Dans ce sens, les croyances personnelles du sujet ne sont parfois plus pris en compte, même celles les plus contradictoires sont utilisées dans l'espoir de guérir. Par exemple, un sujet chrétien qui ne voit aucune amélioration au niveau de sa thérapie spirituelle (prière, exorcisme) pourra se mettre à utiliser certaines pratiques traditionnelles (initiation par exemple) qui étaient condamnées auparavant. Cela se passe parfois avec ou sans le consentement des parents ou des membres de la famille.

De ce fait, il peut se poser alors une conflictualité des valeurs et des croyances chez le sujet à l'origine d'un écartèlement de son Moi.

Au-delà de l'efficacité des thérapies, se pose aussi la question de la durée dans la prise en charge du sujet. En effet, il existe des maladies qui guérissent rapidement. Ce sont des maladies dites « *naturelles* ». Dans ce cas, c'est la médecine moderne ou encore d'autres techniques traditionnelles en relation avec la phytothérapie qui sont les plus utilisées. Cependant, lorsque la maladie ne trouve pas de solutions immédiates, il commence alors à se poser le caractère « *mystique* » de la maladie. C'est le cas par exemple lorsqu'un individu va à l'hôpital et ne voit pas son état de santé évoluer favorablement. Dans cette perspective, soit il prend seul la décision d'aller consulter un tradithérapeute, soit il s'entend dire par un médecin qu'il s'agit d'une « *maladie des noirs* », et par conséquent, il doit consulter un *nganga*.

Dans le cas de l'« *inadaptation des prises en charge* », elle repose différents facteurs à l'origine de la maladie mentale et de la référence aux thérapies. En effet, parmi les trois formes de thérapies citées ci-dessus, il convient de noter que chacune est spécialisée dans une forme de maladie précise. Les maladies dites « *naturelles* » sont prises en charge par les thérapies modernes ou médicales. Alors que les maladies dites « *mystiques* » nécessitent une approche traditionnelle de la guérison. Autrement dit, les thérapies occidentales ne peuvent pas prendre en charge les phénomènes en relation

avec la sorcellerie. Cependant, on peut voir que les tradithérapeutes ou les thérapeutes spirituels se réfèrent au médecin psychiatre pour calmer les symptômes des patients. Par exemple, lorsque certains patients sont dans une phase maniaque, avec agressivité, le médecin sera solliciter pour calmer les symptômes les gênants comme l'agressivité, avant de commencer leur traitement..

L'une des conséquences de cette inadaptation des thérapies est l'illusion de la « *guérison* » qui peut se produire. Dans le cas des chrétiens par exemple, on parle de « *guérison par la foi* ». Celle-ci implique une foi en Dieu pour être sauvé. Dans ces religions, il y a la croyance en une image salvatrice qui est celle de Jésus-Christ sur qui il existe une identification. D'un point de vue psychodynamique, comment comprendre les guérisons rencontrées dans ces différentes thérapies (traditionnelles et spirituelles) ?

Au niveau de l'« *influence facteurs culturels* », on a pu observer que certaines formes de maladies mentales ne peuvent être guéries que par la référence aux traditions. C'est le cas des « *attaques mystiques* », de l'ensorcellement, la malédiction et autres phénomènes traditionnels à l'origine de la maladie mentale. Ce qui veut dire que, pour certains, la maladie mentale est en rapport avec la culture. Dans ce sens, la référence aux formes de thérapies n'est que peine perdue. Dans ce sens, la culture apparaît comme un élément important dans la compréhension de la maladie mentale.

Après avoir saisi les facteurs qui sont à l'origine de la référence aux croyances, il convient maintenant de comprendre la perpétuation de ces croyances dans la société.

3.2. Croyances et « systèmes de pensée »

La référence répétitive aux croyances constitue une des caractéristiques de la société gabonaise. Ce qui permet alors d'émettre l'hypothèse selon laquelle les croyances sont des systèmes de pensée, des normes, permettant aux individus d'orienter leur pensée et leurs conduites.

Une société se caractérise par un ensemble de représentations et de croyances. Celles-ci font partie de ses normes et valeurs. Dans ce sens, les croyances sont des « *systèmes de pensée* » existant dans la société. Ces « *systèmes de pensée* » peuvent être compris à trois niveaux : vision du monde, système de représentations et comme contenant.

En tant que « *vision du monde* », Pour un psychologue occidental arrivant au Gabon pour la première fois, il sera surpris de voir que certains malades mentaux ne sont pas conduits dans une unité de soins modernes (hôpital) de santé mentale, mais chez un *nganga*, un prêtre ou un pasteur. La prise en compte de ces thérapies soulève la question de l'importance de l'idéologie, c'est-à-dire « *tout un ensemble organisé de représentations et d'explications du monde et notamment du monde des interactions sociales...* ». Ce qui permet de donner une importance à la religion, dans le sens de « *relation à quelque chose...* ».

En prenant le cas de la sorcellerie, on peut tenter de comprendre sur quoi repose cette vision du monde. La compréhension du phénomène de sorcellerie soulève la question de l'organisation du monde. En effet, celui-ci serait divisé en deux : d'un côté, monde visible et objectif où les significations ne sont pas équivoques. Ce monde est régi

par les lois de la logique scientifique. De l'autre, un monde invisible dans lequel l'individu est en relation avec eux. C'est un monde qui possède une autre logique de fonctionnement, où tout se passe la nuit. C'est le monde des « *quatre yeux* » ou des initiés (E. De Rosny, 1981)¹³¹.

C'est dans ce monde invisible que s'inscrit la compréhension de la maladie mentale, comme conséquence de l'action sorcière. Celle-ci se passe en général la nuit où le sorcier viendrait manger mystiquement sa victime, en s'accaparant de son « *élan vital* ». Pour cela, plusieurs conséquences peuvent s'en suivre : au pire la mort, sinon la maladie, et en particulier la « *folie* ». L'expression « *il a été mangé* » symbolise bien cette atteinte par les sorciers. En fait, cela voudrait dire que le sujet a été vidé de son « *élan vital* », de son âme. Ainsi, le phénomène de la sorcellerie soulève la question de l'organisation de l'univers en deux : visible et invisible et l'exercice des pouvoirs magiques. Ceux-ci peuvent être bénéfiques comme c'est le cas pour le *nganga* dont l'objectif est de contrecarrer les pouvoirs maléfiques du sorcier¹³².

Au Gabon, il existe beaucoup de magiciens ou « *féticheurs* ». Certains ont des pouvoirs bénéfiques (« *devins-guérisseurs* ») alors que pour d'autres, ils sont maléfiques (jeteurs de sorts). Les dévins-guérisseurs ou *nganga* ont cette faculté de soigner les gens. Aussi, peuvent-ils procéder à des pratiques occultes, à savoir la divination (prédiction de l'avenir, vision des choses cachées ou éloignées). Les « *jeteurs de sorts* » ou « *sorciers* » ont un esprit maléfique. Certains jeteurs de sorts ou sorciers se rencontrent le plus la nuit pour procéder à des sortilèges ou pour se livrer à des actes magiques. Il s'agit du « *vampirisme* ». En effet, ces personnes « *sortent pendant la nuit* » mystiquement pour agir. En principe, il s'agit d'un esprit, « *monstre spirituel* » ou « *Evu* » qui habite le corps de la personne. Cet esprit se transforme la nuit et peut prendre la forme d'un animal (hibou, chauve-souris, etc.). Certains actes de magie noire consistent en l'envoûtement. Celui-ci se fait avec une partie du corps (cheveux, ongles, etc.) ou avec quelque chose (bouts de vêtement, restes d'aliments, sable sur lequel la personne a laissé la trace de ses pieds, etc.) ayant appartenu à la personne à nuire.

En quoi la vision du monde peut être considérée comme des systèmes de représentations ?

Dans le cadre des « *systèmes de représentations* », si dans la société gabonaise, les représentations de la maladie mentale reposent sur un ensemble de croyances, celles-ci sont considérées comme un système de représentations, c'est-à-dire un « *ensemble d'idéaux qui servent de critères d'évaluation des individus, des conduites et des objets [...] et constituent de la sorte une instance évaluatrice des comportements* » (G-N. Fischer, 1996, 17-18)¹³³. Ces croyances sont des idéaux, des normes auxquelles l'individu devrait se soumettre ou utiliser dans ses pratiques. Ce sont les modèles de conduite du groupe.

¹³¹ Eric de Rosny. *Les yeux de ma chèvre : sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala*. Paris, Plon, 1981, 548 p.

¹³² Eric de Rosny. *La nuit, les yeux ouverts*. Paris, Seuil, 1996, 283 p.

¹³³ Gustave-Nicolas Fischer. *Concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris, Dunod, 1996, 2^{ème} édition, 226 p.

Etant de tradition orale, les Gabonais utilisent des modèles de conduite issus de certains récits comme les mythes. Ceux-ci véhiculent une philosophie, une vision du monde qui sert de normes. Pour cela, la plupart des valeurs et normes issues de la tradition reposent sur des mythes, orientent et dirigent les conduites et les attitudes des individus. Ainsi, ils sont des récits fondateurs ; ils permettent de relater un événement, une histoire en relation avec le temps. Ils sont transmis de générations en générations depuis les temps les plus anciens. La sorcellerie qui permet de comprendre la maladie mentale repose sur un récit mythique et peut varier selon les contextes. Ce qui permet alors de tenir compte de cette problématique des croyances à la sorcellerie, comme une des caractéristiques des représentations culturelles.

Ainsi, la vision du monde permet à l'être humain, resté impuissant face à certaines questions existentielles, notamment sur ses origines, sa vie, etc. sans réponses, de répondre aux angoisses suscitées. La religion et les systèmes de représentations essaient d'apporter un sens, une solution. Dans cette perspective, les croyances et les mythes permettent toute symbolisation de l'angoisse et d'avoir prise sur celle-ci. Ces « mises en forme » culturelles constituent le « matériau de la psyché ».

Quelle fonction peuvent jouer ces croyances pour le sujet et pour le groupe ?

Et en tant que « contenant », s'étant intéressé à l'« imaginaire groupal » composé d'un ensemble de représentations et de croyances, R. Kaës (1979)¹³⁴ montre comment ces représentations organisent l'imaginaire des individus vivant dans un groupe. Chaque individu va utiliser ces représentations afin d'organiser sa vie. Dans ce sens, pour N. Nicolaïdis (1991)¹³⁵, le facteur culturel (croyances) joue un rôle dans le ressourcement des fantasmes, dans la couleur de la texture et dans l'intensité des fantasmes. Ainsi, pour R. Kaës (1979), la culture a une fonction de contenant pour le groupe et pour le sujet.

Dans un groupe à médiation thérapeutique, B. Chouvier (2004)¹³⁶ met en relief plusieurs fonctions psychiques, notamment la fonction de soutenance. Celle-ci a pour objectif la construction d'un fond d'où émergent les formes dans le travail de créateur. Par comparaison à ce groupe thérapeutique, on note dans le groupe normal l'existence des croyances qui constituent une base pour le groupe auquel appartient le sujet. A travers ces croyances, le sujet va tenter d'exprimer ses vécus internes liés non seulement à ses difficultés existentielles, mais aussi à ses angoisses, ses souffrances, lui permettant ainsi d'exprimer et de thématiser ses conflits. Les patients rencontrés qui –comme on le verra au prochain chapitre –font référence aux croyances et donnent forme à leurs conflits intrapsychiques en utilisant les croyances dans leur discours.

3.3. Famille, maladies mentales et thérapies

¹³⁴ René Kaës, Introduction à l'analyse transitionnelle, *Crise, rupture, dépassement*, Paris, Dunod, 1979, pp. 1-81.

¹³⁵ Nicolas Nicolaïdis, Fantasmes originaires et fantasmes historico-mythologiques. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, 5/1991, pp. 1185-1189.

¹³⁶ Bernard Chouvier, « Objet médiateur et groupalité », in Groupes à médiation en pratiques institutionnelles, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. Paris, Erès, 2004, pp. 15-27.

La famille est un des éléments participant à l'organisation de la personne en Afrique. Elle est au centre de tout, en ce qu'elle est permanence et survivance de la société. En son sein, se situent aussi des enjeux de pouvoir, de lutte des alliances et de cohésion du groupe social.

A cet effet, le groupe social se compose-t-il des clans, ensemble des lignages. Celui-ci définit l'identité du descendant et détermine sa filiation pouvant être matrilineaire ou patrilinéaire. D'un côté, il convient de noter que le système patrilinéaire est très minoritaire au Gabon. On peut noter seulement dans deux groupes ethniques sur la dizaine que compte la société. Dans ce système, la parenté, la hiérarchie, la transmission des biens se font selon la lignée masculine. De l'autre, le système matrilineaire est très prédominant dans la société. La transmission se fait par la lignée maternelle, d'oncle à neveu. Dans ce système, l'enfant appartient au clan de la mère. La frère de celle-ci exerce une autorité sur l'enfant par rapport au père qui n'a aucun droit légal sur l'enfant. Toutefois, si la famille est essentiellement matrilineaire, elle se définit en fonction de sa patrilinéarité.

De ce fait, l'identification de l'individu dans le clan tient compte de l'origine, de la devise symbolique et de l'animal totémique qui sous-tendent un ensemble d'interdits. En ce sens, la notion de famille n'est pas la même que celle utilisée en Occident. Le système familial n'est pas constitué que du père, de la mère et des enfants mais il est beaucoup plus complexe et étendu. Il existe une macro-famille, à l'échelle nationale, telle les *Punu*, *Fang*, *Myéné*, etc. car il peut arriver que le même totem se retrouve dans différents clans et groupes ethniques. Ainsi, il y a aussi une famille élargie qui est celle d'un groupe social où les membres sont parents par filiation verticale ou horizontale. Dans la parenté par alliance, elle se fait au moyen des mariages ou d'une ressemblance totémique. Et d'autre part, il y a la filiation par le sang, comme dans le clan. Et enfin, il y a la famille restreinte, conception occidentale.

En prenant le cas des sociétés matrilineaires, chez les *Punu*, le père occupe aussi dans la vie de l'enfant une place centrale. En vivant avec son père, en patrilocalité, la place de l'oncle maternel est occultée. De ce fait, c'est le père qui assure la transmission des valeurs et le respect des ancêtres. En ce sens, l'oncle devient un « *père de substitution* » et joue un rôle de verrou de sécurité, régulant la trop grande puissance du père sur l'enfant. Ainsi, l'enfant ou l'individu n'appartient pas uniquement à ses parents géniteurs mais s'inscrit aussi dans un réseau de relations plus larges qui s'exprime en termes d'ethnie, tribu, clan ou lignage, tant au niveau de son éducation que de sa prise en charge sociale, culturelle que thérapeutique.

Dans cette perspective, la maladie du sujet va être l'objet de pouvoir tant du côté de sa famille maternelle que paternelle. Selon les différents conflits qui existent entre les deux familles, c'est l'une ou l'autre famille qui sera accusée comme responsable de la maladie du sujet. Cette origine repose sur les différents interdits de la famille ou est liée à la sorcellerie. Dans ce sens, la maladie du sujet va mobiliser tous les membres importants de la famille non seulement pour trouver l'origine de cette maladie mais aussi pour le choix de la prise en charge thérapeutique qui va aussi tenir compte des enjeux de pouvoirs familiaux.

En somme, la référence aux croyances pour représenter la maladie mentale n'est pas la propre de la société gabonaise. De nombreux travaux ont été effectués dans certains pays africains comme l'Algérie (N. Mohia-Navet, 1993)¹³⁷, le Maroc (A. Ouattah, 1993)¹³⁸, la Côte d'Ivoire (G. D. Tchetché, 1998)¹³⁹ ou le Congo (C. Moukouta, 2000). En France, les travaux de J. Favret-Saada (1977) témoignent et rendent compte de l'existence des différentes croyances dans les sociétés traditionnelles françaises (Bocage). Tous ces travaux ont mis en relief l'importance des croyances, notamment dans la représentation de la maladie. En Occident, c'est par le truchement de la science et des techniques que certains problèmes auxquels les individus sont confrontés trouvent leurs solutions. Alors que ce n'est pas le cas au Gabon. Faut-il y voir l'impact de la science ?

Si l'influence du scientisme (évoquant le rationalisme des faits) peut être une des raisons de l'effritement de la symbolique en Occident, la question se pose autrement les sociétés traditionnelles. En effet, dans la société gabonaise, il y a coexistence de deux mondes : un monde « rationnel » et un monde « irrationnel », une pensée symbolique et une pensée rationnelle. A certains moments et sur certains plans, il existe une la prédominance du monde symbolique. A cet effet, y aurait-il une prédominance de la pensée symbolique dans ces sociétés traditionnelles au détriment de la pensée objective ou scientifique ? Alors quel rôle joue la fonction symbolique ou plus précisément les croyances traditionnelles dans la société gabonaise ? Pourquoi, en cette fin du XX^{ème} siècle et début du XXI^{ème} siècle, les progrès de la science n'ont pas détourné les Gabonais de l'influence de la symbolique ?

A partir des données anthropologiques recueillies sur les sociétés traditionnelles canaques, M. Leenhardt (1947)¹⁴⁰ a permis de comprendre le fonctionnement de leur pensée, en définissant culturellement les différentes formes de l'activité symbolique, comme les mythes, les traditions, les croyances, les rites (sens restreint) dont le rôle est d'attribuer un sens au monde. Pour cet auteur, la pensée des canaques offre un modèle par rapport à la pensée occidentale. De ce fait, le sens des comportements s'explique au travers des mythes qui les déterminent, permettent d'appréhender le monde, de se diriger, de diriger, de se reconnaître soi-même en eux-mêmes. Dans ce sens, toute pensée comporte un « aspect rationnel » et un « aspect irrationnel ». Selon les circonstances, un aspect peut prendre le dessus sur l'autre. Comment comprendre la prédominance de l'aspect symbolique ou de l'irrationnel dans les sociétés traditionnelles ?

4. La pensée magique comme source des croyances

¹³⁷ Nadia Mohiat-Navet, *Les thérapies traditionnelles dans la société Kabyle*. Paris, L'Harmattan, 268 p.

¹³⁸ Ali Ouattah, *Ethnopsychiatrie maghrébine*. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc. Paris, L'Harmattan, 1993, 268 p.

¹³⁹ Georges Dimy Tchetché, *Thérapies familiales et contextes socio-culturels en Afrique noire*. Paris, L'Harmattan, 1998, 270 p.

¹⁴⁰ Maurice Leenhardt, *Do kamo*. La personne et le mythe dans le monde mélanésien, Paris, Gallimard, 1947, 259 p.

L'omniprésence des croyances dans la société gabonaise implique un intérêt particulier au phénomène de la croyance. Afin de le saisir, on va partir de l'hypothèse selon laquelle l'utilisation des croyances pour comprendre certains phénomènes et la référence certaines pratiques, notamment traditionnelles, reposent sur l'existence d'une pensée magique chez les individus. Quels sont les mécanismes psychiques qui sous-tendent cette croyance ? Quelle est l'influence des représentations culturelles dans le développement de cette pensée magique ?

L'adhésion directe au phénomène de croyance soulève la question de la pensée magique qui est, selon L. Lévy-Bruhl (1910)¹⁴¹, une forme de pensée. Basée sur une expérience subjective, pour l'auteur, cette forme de pensée repose sur le fait que la cause de toute chose est dans l'existence d'une âme universelle, véritable projection de l'âme humaine sur le cosmos. Selon cette logique, l'ensemble de l'univers est peuplé des esprits animant les êtres, les choses. Dans ce sens, la croyance est un mode de pensée hermétique à toute expérience objective ; elle ignore la pensée rationnelle. Il s'agit de l'« *imperméabilité au rationalisme* » de la pensée. De ce fait, la pensée magique obéit aux lois qui diffèrent de celles connues. Dans ces lois logiques, il n'existe pas de notion de contradiction. Par exemple, l'esprit d'un parent mort peut aussi être vivant. La perception du monde est mystique car reposant sur des forces surnaturelles, pré-existant à tout système explicatif ou de causalité. L. Lévy-Bruhl (1910) parle alors de pensée « *prélogique* ».

Cette pensée repose sur des faux présupposés, même si son développement obéit aux lois logiques. Cette erreur de jugement ressemble à celle observée dans le délire paranoïaque reposant essentiellement sur la projection et aboutissant au fait que les événements extérieurs sont ramenés et interprétés par un « *Moi tout puissant* », comparable à la pensée primitive ou magique (Lévy-Bruhl, 1910). Le fonctionnement de cette forme de pensée repose sur des facteurs émotionnels et affectifs. Certains individus, ne croyant pas à la sorcellerie, lorsqu'ils sont pris eux-mêmes dans un drame de sorcellerie, leur implication émotionnelle les amène dans un fonctionnement semblable à celui des superstitieux. Ici, la croyance prend le sens d'une explication causale.

Quels sont alors les mécanismes psychiques qui sous-tendent l'utilisation des croyances à la sorcellerie ? Ayant travaillé sur les conduites humaines, notamment leur description et leur compréhension, P. Janet (1926)¹⁴² différencie deux types de croyance, savoir la croyance assertive et la croyance réfléchie.

La croyance assertive se fait d'emblée et est totale à l'objet. Au niveau des croyances, le sujet croit automatiquement à ce qui lui sera dit. Il s'agit d'une croyance « *pythiatique* » qui consiste à « *croire à ce qu'un autre dit* ». Cette croyance tient son origine dans l'Antiquité grecque où le terme « *pythie* », en grec « *pythia* », signifie une prêtresse d'Apollon qui rendait les oracles à Delphes. Ainsi, la pythie était la médiatrice entre la divinité à l'origine de ses transes, ses possessions et les prêtres du dieu qui les

¹⁴¹ Lucien Lévy-Bruhl, *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures*. Paris, Alcan.

¹⁴² Pierre Janet, (1926), *Un délire religieux, la croyance. De l'angoisse à l'extase*. Etude sur les croyances et les sentiments. Vol. 1. Paris, Payot, 1975.

interprétaient sous forme d'oracles. Dans cette relation, il y a la soumission de la pythie d'une part, au dieu Apollon qui lui donnait force et flamme, et d'autre part, aux prêtres qui avaient le savoir et le pouvoir du dieu.

Pour P. Janet (1926), la croyance assertive repose sur deux caractéristiques principales : la labilité affective et le principe de contradiction. D'une part, étant donné qu'elle est liée à l'objet, elle peut subir des variations. D'autre part, elle échappe à toute logique et répond plus au principe de plaisir. En prenant l'exemple de l'hystérie, P. Janet (1926) note que l'hystérique est sous l'emprise et l'influence de l'autre. Cette malléabilité psychique entraîne chez l'hystérique toute une série de symptômes que seule une force de persuasion autre (celle du thérapeute) est capable de chasser. En ce sens, les croyances religieuses ou à la sorcellerie obéissent bien à ces principes. Par exemple, si le *nganga* nomme une personne de la famille comme étant la sorcière, responsable de la maladie d'un individu, la force de persuasion sera telle que le malade et son entourage ne pourront plus ôter cette idée de leur tête. Il en va de même pour les chrétiens qui pensent qu'ils seront « sauvés » après leur mort.

Quant à la croyance « réfléchie », elle prend appui sur la réalité et repose sur les bases rationnelles. L'adhésion à la croyance ne se fait qu'après un temps d'évaluation logique. Dans cette forme de croyance, la « réalité » joue un rôle considérable. Du point de vue phénoménologique, E. Husserl (1913)¹⁴³, note que la réalité est l'étape évoluée par rapport à la croyance.

Ainsi, à partir de ces deux formes de croyance, on a d'un côté, la spontanéité et l'immédiateté, une labilité affective du sujet et un principe de contradiction. C'est la croyance assertive. Cette forme de croyance obéit aux mêmes principes que ceux rencontrés dans le fonctionnement psychique, avec le principe de plaisir, les processus primaires, etc. De l'autre, on a la forme réfléchie qui tient compte de la durabilité et la stabilité des faits, de la logique et de la réalité. Il convient de noter que cette forme de croyance tient compte du fonctionnement secondaire, avec le principe de réalité, l'identité de perception et des processus secondaires.

Par rapport à cette recherche, on peut dire que l'utilisation des croyances s'inscrit dans la première forme de la croyance, à savoir la « croyance assertive ». En prenant le cas des croyances à la sorcellerie qui dominent la société gabonaise, il convient de noter une croyance spontanée et immédiate à ce phénomène chez la majorité des Gabonais. Par exemple, l'annonce d'un événement malheureux (mort, maladie) implique une origine sorcière. Cette relation va être prise pour vraie par la population proche, parfois lointaine de la famille ayant vécu le fait. Cette spontanéité va exclure toute forme de raisonnement scientifique des sujets croyants. La référence à ces croyances entraîne aussi chez le sujet une certaine malléabilité psychique. Dans le cas des croyances à la sorcellerie, le sujet peut considérer plusieurs personnes comme des sorcières, c'est-à-dire, à l'origine de son malheur selon les actes malveillants du sorcier, en faisant fi de toute logique de contradiction. Dans ce sens, tout ce qui est logique ou est en rapport avec la réalité est mis à l'écart.

Pour cela, il est difficile d'expliquer scientifiquement à un croyant à la sorcellerie

¹⁴³ Edmund Husserl, (1913), *L'idée de la phénoménologie*. Cinq leçons. Paris, PUF, 1978, 136 p.

l'existence d'une mort naturelle. D'ailleurs, au Gabon, l'expression de « *sida de la sorcellerie* » liée à une étiologie d'origine sorcière ou mystique du VIH, montre bien la forme de croyance utilisée pour expliquer l'origine de la maladie. Comment peut-on expliquer la persistance de ce phénomène de la croyance, notamment assertive chez un individu ? Pourquoi certains sujets se caractérisent soit par l'une ou l'autre forme de croyance ?

Afin de d'essayer de comprendre ce type de fonctionnement, il semble intéressant de comprendre le fonctionnement psychique du sujet depuis son enfance jusqu'à l'âge adulte. S. Ferenczi (1913)¹⁴⁴ note quatre principaux stades dans le développement de la croyance : le « *stade de la toute puissance du désir* », le « *stade de la toute puissance hallucinatoire magique* », le stade de la « *toute puissance par les gestes magiques* » et le stade de l'« *animisme* ».

Le « *stade de la toute puissance du désir* » est hérité de la vie fœtale. A ce niveau, le nourrisson est dans l'illusion du fantasme de la toute puissance. Cette illusion est à l'origine de la croyance primaire. Le « *stade de la toute puissance hallucinatoire magique* » permet la production interne de toute image ou représentation. Cette production est suivie d'un effet véritable lié à la satisfaction pulsionnelle. Les symptômes obsessionnels, processus de rêve ou au délire pour expliquer cette toute puissance magique. Cependant, étant donné que l'enfant ne possède pas encore cette capacité de mentalisation suffisante pour mettre en œuvre un protocole magique, il utilise plutôt d'une magie verbale qui se caractérise par la possibilité qu'a l'enfant de réclamer, sans différer la réalisation de ses désirs. De ce fait, sa pensée s'assimile à l'action.

Le stade de la « *toute puissance par les gestes magiques* ». Chez le nourrisson, l'agitation motrice, les cris liés à la souffrance physique ou psychique due au manque sont vus par l'enfant comme étant le résultat direct de la satisfaction du désir. Pour un observateur extérieur, il s'agit d'une illusion car elle n'existe que dans l'écart qu'il y a entre ce qui est éprouvé et ce qui est su. Or, pour l'enfant, il n'y a pas de différence entre ce qui est ressenti et su : il s'agit alors d'une certitude. Ce n'est que plus tard que pourrait fonctionner les processus d'illusionnement, lorsque l'enfant tiendra compte de la relation entre savoir et ressenti. Enfin, il y a l'« *animisme* » qui attribue une vie aux objets extérieurs. Cette phase est à l'origine de la naissance de la croyance religieuse chez l'enfant. Elle se caractérise par la phase religieuse.

Selon S. Ferenczi (1913), cette dernière phase religieuse comprend deux sous stades : d'une part, le stade de la figuration symbolique où les signes sont liés aux objets parfois dissemblables ; c'est la phase de formation du symbole ou phase du symbolisme. En prenant le cas du langage, on peut dire qu'il est, à travers les mots qui le constituent, le véhicule essentiel du fantasme d'omnipotence. Ce pouvoir du langage ou des mots magiques se rencontrent tant dans la névrose (conduites obsessionnelles) que dans les rituels religieux et chez l'enfant. De même, on peut rencontrer le pouvoir du langage dans certains états psychotiques (certains modes de mentalisation schizoïde : appartenance aux modalités pré-magiques et pré-représentationnelles). Avec le langage et les mots

¹⁴⁴ Sandor Ferenczi, Le développement du sens de la réalité et ses stades. *Psychanalyse II. Œuvres complètes*. Paris, Editions Payot, pp. 51-65.

magiques, l'enfant accède à la symbolisation verbale. Ce qui entraîne la naissance des dieux, deuxième sous phase.

D'autre part, la création des dieux. Cette deuxième phase est liée au développement des capacités cognitives et perceptives de l'enfant. Au cours de son développement, l'enfant découvre l'existence d'autres êtres qui lui sont supérieurs, par leurs pouvoirs surnaturels. Pouvoirs qu'il ne maîtrise pas et qui ont une influence sur lui et sur les choses qui l'entourent. Par ces pouvoirs, l'enfant se rend compte que ce sont des êtres à redouter et il est prêt à tout faire pour se concilier leurs faveurs. A ce niveau, selon L. Lévy Bruhl (1910)¹⁴⁵, l'enfant est comparable au « *primitif* » au niveau de sa mentalité.

Au cours de cette phase de la création des dieux, en même temps que l'enfant projette l'omnipotence sur les images parentales, son soi se vide, faisant place à l'idée de l'existence des dieux. Ainsi, le fantasme de la toute puissance chez l'enfant est le même qui participe à la création des divinités. Il naît alors une croyance primaire symbolique des choses qui devient autonome. Cependant, tout en tenant compte de la réalité, cette croyance primaire va prendre sa source dans le Moi-plaisir. D'où la relation entre la logique symbolique et la logique affective.

A travers ces différents niveaux de croyance, on peut noter l'évolution du croire. Sur les trois premiers niveaux, la croyance se fonde sur le ressenti, l'éprouvé de l'enfant dont la base est l'identité de représentation et l'identité de perception. Toutefois, il peut y avoir une relation entre la croyance primaire et certaines pathologies (crise épileptique, rituel obsessionnel, conversion hystérique) ou encore certains comportements symboliques (rituels religieux) ? Le quatrième niveau essaie de répondre à cette question car, au cours du développement du sujet, le milieu, à savoir l'éducation, les éléments culturels vont renforcer ou non l'existence de chaque phase existant chez l'enfant. Cette réalité extérieure ne peut avoir d'effet que s'il existe des prédispositions chez le sujet. C'est ce qui pourra permettre la persistance des croyances à l'âge adulte.

En résumé, par rapport à la première hypothèse, on peut dire qu'il existe trois grandes formes de croyances dans la société gabonaise : les croyances médicales, religieuses ou chrétiennes et « *traditionnelles* ». Ces différentes croyances sont des « *systèmes de pensée* » auxquels les individus, selon leur âge, sexe et niveau d'étude, se réfèrent pour orienter leurs comportements.

Chapitre 2. La symbolisation à l'œuvre dans les croyances

La référence aux croyances pour représenter la maladie mentale soulève la question de la répétition, et par conséquent, des processus de symbolisation qui sous-tendent cette représentation. Dans ce sens, on peut formuler l'hypothèse selon laquelle la référence aux croyances est une forme de symbolisation pour les individus. Cette référence se fait

¹⁴⁵ Lucien Lévy Bruhl (1910), *La mentalité primitive*. Paris, P.U.F., 1960, 15^{ème} édition, 543 p.

selon les situations et les difficultés auxquelles sont confrontés les individus. En prenant l'exemple de la sorcellerie, on peut essayer de voir comment se fait cette symbolisation.

1. Les Croyances à la sorcellerie

L'importance accordée aux croyances à la sorcellerie pour représenter la maladie mentale permet de tenir compte de ce phénomène. Quelle fonction occupe-t-elle dans la société ? Pourquoi les individus s'y réfèrent-ils souvent ? Quel sens possède-t-il ?

La compréhension des croyances à la sorcellerie n'est possible que si on le replace dans son contexte socio-culturel. Afin de saisir le sens des croyances à la sorcellerie, on s'intéressera à quelques caractéristiques, notamment sa signification symbolique. Et à partir de ces particularités, il s'agira de voir comment elles interviennent dans la représentation de la maladie mentale. Autrement dit, comment les représentations sont utilisées et ré-élaborées par le sujet ?

1.1. De la confusion du terme de « sorcellerie »

Au Moyen Age, l'Occident avait connu son heure de gloire en matière de sorcellerie. A cette période, on pouvait noter dans la littérature française, espagnole ou italienne des cas de sorcellerie. En Espagne comme en France, on parlait de l'Inquisition menée par l'Eglise où les sorciers étaient brûlés car considérés comme possédés par les esprits, par Satan. L'un des cas les plus connus est celui de Jeanne d'Arc qui fut condamnée et exécutée en l'accusant de sorcière. Pour cela, il est nécessaire de faire un tour du côté des travaux anthropologiques, historiques et peut-être même religieuses en rapport avec ce phénomène.

Au Gabon, le phénomène de la sorcellerie requiert une grande importance dans la société. Ayant travaillé sur le village des morts « *ibungu* »¹⁴⁶, E. Ibamba (1984) décrit l'organisation des réunions des sorciers qui se caractérisent par des repas nocturnes ou « *mystiques* ». Les cas de maladie, de décès ou d'infortune en rapport avec le phénomène de la sorcellerie montrent la répétition de ce phénomène. Ainsi, la sorcellerie a un caractère universel car elle se retrouve dans tous les pays et à tous les temps. C'est un fait de civilisation.

Dans l'Antiquité grecque, la sorcellerie renvoyait à celui qui connaissait. Maintenant, elle signifie le fait de jeter un sort. Dans la société gabonaise, dans son étymologie traditionnelle, la sorcellerie n'est pas quelque chose de négatif. En langue *Fang*, la sorcellerie (« *yem* », veut dire la connaissance ; et ceux qui connaissent, « *beyem* », sont des sorciers. Il en va de même pour la langue *Ipunu* où le terme *dikundu* veut dire *udjabe*, un savoir (E. Ibamba, 1984).

A travers ce glissement sémantique, il faut noter que les termes comme : « *vampire* », « *diable* », « *Satan* », « *monstre* » se sont imposés dans la société, à tel point qu'ils sont utilisés comme synonymes de sorcier. Dans la société occidentale, le vampire est un mort qui sort de son tombeau pour aller sucer le sang des vivants. C'est un dracula.

¹⁴⁶ Village de morts en langue Punu du Gabon.

Quant au terme diable, dans sa représentation occidentale d' « *ange déchu* », c'est un être irréel qui possède des « *oreilles pointues, des petites cornes, des pieds fourchus et une longue queue* ». Alors que la sorcier est un être humain appartenant à un système plus complexe.

Ainsi, au-delà de ce problème linguistique, on peut noter que la sorcellerie est d'abord un savoir, une connaissance. Mais ce savoir est inné car la sorcellerie naît avec chaque enfant. Pour cela, elle existe chez chaque individu. De ce fait, comment cette notion a pu subir un changement sémantique, allant de la connaissance, de savoir à la connaissance de mal ? En effet, en fonction des prédispositions et des conditions du milieu, cette sorcellerie innée peut être vécue comme quelque chose de bien ou de mal, à l'origine de deux formes de sorcellerie : positif ou négatif.

Dans un sens positif, la sorcellerie renvoie à la connaissance, au savoir comme vu plus haut. Dans cette perspective, le *nganga*, de par sa connaissance, son savoir est un sorcier. Son objectif n'est pas de faire du mal ou de nuire à quelqu'un. Selon E. Evans-Pritchard (1937)¹⁴⁷, il existe une pratique sorcière faite par les spécialistes à des fins sociales. La magie est utilisée à bon escient pour faire tomber la pluie, pour la guérison, etc. Leurs sorts sont jetés seulement contre les individus déviants. Tel est le cas de cet individu rendu malade et condamné par le groupe parce qu'il a tué en sorcellerie un membre de sa famille.

Dans un sens négatif, la sorcellerie renvoie à deux sens : restreint et élargi. Dans son sens restreint, la sorcellerie se caractérise par cette capacité qu'a le sorcier de quitter son corps la nuit, dans le but de se réunir en groupes, sucer ou « *manger la vie* » de leurs victimes. Il s'agit de la sorcellerie-anthropophagie. Dans son sens populaire ou élargi, le terme sorcellerie décrit tous les usages malfaiteurs des pouvoirs occultes, à savoir les envoûtements, la magie noire, le « *mauvais œil* » ou encore l'utilisation du pouvoir magique afin de nuire à quelqu'un ou à ses biens. E. Evans-Pritchard (1937) parle d'un pouvoir magique que possède un individu pour nuire à autrui.

De ce fait, la sorcellerie a une double fonction sociale. E. Evans-Pritchard (1937) les distingue dans la langue anglaise par *witchcraft* et *sorcery* qu'il différencie d'une part, par la sorcellerie innée, involontaire dont le sujet peut être porteur à son insu et par laquelle il porte malheur. Cette sorcellerie se fait sans support matériel. Et d'autre part, il y a *sorcery* qui se rapproche de l'envoûtement, c'est-à-dire qu'elle est liée à une action délibérée de la part du magicien, celle qui se fait à travers des moyens matériels. Pour l'auteur, même si la différence se situe au niveau de leurs pratiques, les deux ne sont pas opposés car les sorciers utilisent souvent la magie dans leurs pratiques. Cette nuisance se fait par l'intermédiaire d'un pouvoir magique.

Tous ces phénomènes sont décrits sous le vocable de sorcellerie. Il s'agit, en fait, de modes de pensée humain. Dans l'espoir de maîtriser leur destin, de satisfaire leur besoin de richesse et de puissance, des individus ont, depuis la nuit des temps, fait appel à des forces surnaturelles, et cela notamment, par l'intermédiaire des pratiques magiques.

Toutefois, il convient d'abord de différencier magie et sorcellerie, comme deux

¹⁴⁷ Evans-Pritchard (1937), *Sorcellerie, oracle et magie chez les Azandé*. Paris, Gallimard, 1972

versants. La magie est une technique réservée aux initiés. Quant à la sorcellerie, elle appartient au domaine du profane, du vulgaire. Tout sorcier est par définition un apprenti, faisant appel à des forces qui le dépassent. Si le magicien manipule les forces magiques, on peut dire que le sorcier est manipulé par celles-ci. On a une opposition actif/passif renvoyant à celui de masculin/féminin dans le couple magicien/sorcière. Par l'invocation de certaines forces malveillantes par le sorcier, il se situe du côté du mal. De ce fait, qu'est-ce qui caractérise ce phénomène ?

1.2. Le pouvoir et l'acte anthropophagique comme principes de la sorcellerie

En tant que savoir et pouvoir consistant à « *manger la chair humaine* », il se dégage deux caractéristiques dans la problématique de la sorcellerie, à savoir le pouvoir et l'acte de sorcellerie ou la sorcellerie-anthropophagie.

1.2.1. Le pouvoir

Par son pouvoir, le sorcier a la capacité d'exercer une action néfaste ou bonne sur une personne, un objet, etc. Ce pouvoir peut être néfaste ou bénéfique. Ayant travaillé sur la question des religions en Afrique, J. Mbiti (1972)¹⁴⁸ différencie la « *bonne magie* » de la « *mauvaise magie* ». En effet, pour cet auteur, la bonne magie est acceptée et appréciée par la société. Certains spécialistes comme les guérisseurs, les dévins l'utilisent pour le bien de la communauté, par exemple, en faisant tomber les pluies en période de sécheresse, guérir les malades, lutter contre les mauvaises puissances ou la sorcellerie, etc. Au Gabon, ce pouvoir est porté par les *nganga*. Alors que la mauvaise magie a pour but de nuire aux humains et à leurs biens. C'est de la pure sorcellerie ; elle est condamnée par la société.

Dans son aspect négatif, la sorcellerie a pour caractéristique provoquer la mort. Ayant travaillé sur la sorcellerie chez les *Punu*¹⁴⁹ de *Moabi*, dans le sud du Gabon, Ibamba (1984, 8)¹⁵⁰ définit la sorcellerie comme « *un certain savoir (« udjabe ») et un pouvoir (« dinyangue ») par lequel l'homme (« mutu ») qui le possède peut supprimer ou faire mourir un autre homme* ». A cet effet, le sorcier a-t-il ce pouvoir de donner la mort, de rendre malade ou de jeter un sort. En prenant le cas de la malédiction, l'histoire suivante relate un cas d'« *akagha* »¹⁵¹ qui est une forme de malédiction :

« *Marianne est une jeune femme de 30 ans. Ses parents lui ont toujours dit qu'elle*

¹⁴⁸ John Mbiti, *Religions et philosophie africaines*, Yaoundé, Editions CLE, 1972, 299 p.

¹⁴⁹ Groupe ethnique situé dans le sud du Gabon et qui parle la langue Iponu.

¹⁵⁰ Emile Ibamba, *Traditions et changements sociaux*. Organisation sociale et conception du monde chez les Punu du Gabon. Le village des morts : « *ibungu* ». Etude sociologique et ethnologique. Thèse de doctorat de Sociologie, 1984, Université de Toulouse Le Mirail, 379 p.

¹⁵¹ Terme Fang qui veut dire « contrat mystique » passé entre deux personnes. Il s'agit d'une sorte de malédiction que porte une femme et qui se manifeste par le fait qu'elle ne peut avoir un mari dans sa vie.

sera l'honneur de la famille et apportera la richesse à la maison. Mais cette situation ne va pas plaire à cette jeune femme qui refusera d'assumer cette responsabilité. De cet affront, le père dira à sa fille : « tu n'auras jamais d'enfant et de mari toute ta vie ». Depuis lors Marianne est devenue stérile et n'a aucun mari fixe ».

C'est le non respect des ancêtres par l'intermédiaire du père qui aurait conduit à cette situation de malédiction du fils. A cet effet, Marianne devient-elle stérile et instable sur le plan affectif parce qu'elle a enfreint l'autorité du père. Le pouvoir néfaste du père devient alors justifié. Pour le Père Nicolas ¹⁵², certains pouvoirs n'ont aucun effet car certains parents outrepassent parfois leurs droits. Dans Genèse 2 (18-27), Dieu dit qu'il n'est pas bon que l'homme soit seul, d'où l'union d'Adam et Eve dans le but de multiplier le monde. Pour cela, il n'y a pas de raison que la loi des hommes puisse l'emporter sur la loi de Dieu. Ainsi, certains pouvoirs néfastes ne doivent pas être utilisés pour le plaisir. Par exemple, la malédiction doit porter sur une réalité, c'est-à-dire les mauvaises conduites.

La réponse à cette malédiction consiste à aller demander pardon à ce père, c'est-à-dire à recevoir la bénédiction. Au cours de cette demande de pardon, une cérémonie est organisée afin d'honorer les ancêtres. Pour cela, des présents sont apportés à la famille paternelle, ayant subi l'affront. Avant la bénédiction, le père va accepter solennellement être l'auteur de cet acte de malédiction et évoquer les motifs de son acte. Une fois reconnu, la deuxième consiste à bénir la personne. Cette bénédiction se termine généralement par un sacrifice (mouton, chèvre, coq, etc.).

Le pouvoir du sorcier repose sur la technique de la magie. Sur le plan fonctionnel, J. Frazer (1890) ¹⁵³ distingue deux types de magie : d'une part, la « *magie contagieuse* » se caractérisant par le fait que l'objet avec lequel l'individu a été en contact ou une partie de son corps (cheveux, ongle, empreintes) est utilisé de façon malfaisante afin de provoquer chez l'individu des ennuis. Cela se fait par le mécanisme de la contagion. Et d'autre part, la magie homéopathique se caractérise par le fait que lorsqu'un geste est fait sur un objet, il influence en affectant la personne visée. Au Gabon, de nombreux individus utilisent ces procédés, et notamment les techniques d'envoûtement, d'empoisonnement ou encore de malédiction, etc.

Et la plupart de ces pouvoirs magiques sont de type religieux comme c'est le cas des actes de malédiction et de bénédiction où le sorcier rentre en contact avec le monde des esprits ou des ancêtres par des rituels religieux, à partir desquels il se déploie et réalise ses actes de sorcellerie. Cette relation du sorcier reposant sur ces rituels appartient au monde magico-religieux. Ainsi, dans cette problématique de la sorcellerie, je ne vais pas m'occuper de celle qui utilise la « *bonne magie* » mais plutôt de celle qui porte sur la « *mauvaise magie* ». Dans quel but le sorcier utilise ce pouvoir négatif ? Ce qui m'amène à parler de l'essence même de la sorcellerie, à savoir la sorcellerie-anthropophagie. De quoi s'agit-il ?

1.2.2. La sorcellerie-anthropophagie

¹⁵² Prêtre appartenant à la Congrégation du Saint-Esprit et spécialisé dans la prise en charge des maladies à Libreville.

¹⁵³ James Georges Frazer (1890), La magie sympathique. *Le rameau d'Or*. Paris, Robert Laffont, 1981, pp. 41-140.

L'objectif ne consiste pas à décrire cette pratique de la sorcellerie mais plutôt à s'intéresser aux effets, surtout au vécu occasionné par cette pratique, non pas des sorciers mais surtout des victimes, les non sorciers, ces individus qui vivent dans le même groupe ethnique que ces sorciers. Seulement, la sorcellerie-anthropophagie est une activité normale du sorcier et s'inscrit dans le cadre de ses activités. De nombreux travaux anthropologiques ont permis de décrire cette pratique de la sorcellerie. Afin de comprendre comment se déroule cette pratique, on va se servir des travaux de H. Gravaud (1975)¹⁵⁴. L'auteur raconte une histoire de sorcellerie :

« Les repas des sorciers se caractérisent par deux moments : le premier consiste à capter le « double humain » détenant les énergies vitales. Ce double est gardé par un sorcier. L'ensemble des membres de l'association attend la mort et les funérailles de la victime avant d'agir. Le deuxième moment est la réunion des sorciers pour le repas communautaire après les funérailles. La chair humaine est mangée de façon symbolique. Ce n'est pas le corps de la victime qui est mangé car même après un repas de sorcellerie, s'il arrive que le cadavre de la personne soit déterré, le corps serait intact.

Pour expliquer cette nourriture symbolique, deux conceptions sont avancées. D'une part, la croyance populaire pense que la nuit, après s'être dédoublés, les sorciers se réunissent autour de la tombe de la victime. Par leur pouvoir magique, ils font remonter le corps en surface sans avoir besoin de déterrer avec des pelles. Ils raniment le mort en lui restituant son double et ses forces vitales. C'est à partir de là qu'ils vont le tuer et le disséquer, provoquant ainsi sa vraie mort. D'autre part, selon la conception des initiés, c'est le « double humain », l'âme qui se retrouve en présence des sorciers. Le corps, quant à lui, reste toujours dans la tombe. Et les sorciers n'y ont pas accès. C'est la nuit, au cours de leur réunion invisible que le double de la victime est amené. C'est là que la personne prend conscience de sa situation. Malgré les supplications de lui faire grâce, les sorciers vont le tuer. La victime est enveloppée avec des feuilles. Du feu est mis à ces feuilles. Celles-ci dégagent une fumée âcre.

Etant donné la dimension invisible dans laquelle le rassemblement se fait, le feu et la fumée ne sont pas repérés par les gens. Seuls les avertis (d'autres sorciers, nganga...) peuvent se douter de la présence d'une « table mystique » ou d'un « repas mystique », mais ne diront rien le lendemain. Cette nuit-là même, des chiens passent le temps en train d'aboyer. Au cours de ce repas, certains curieux ne faisant pas partie de l'association peuvent être obligés d'y rester car ayant découvert le « pot au rose ». Pour cela, ils sont aussi invités à participer au repas car ne pouvant plus repartir. Par conséquent, ils sont obligés de devenir membres. Après que les feuilles ont fini de prendre feu, la prochaine opération est l'éventement. En effet, dans la pensée africaine, l'âme correspond aussi au souffle de la vie. C'est elle qui anime le corps. Dans ce cas précis, cette âme va constituer le corps. Plus l'éventement se fait, plus le corps prend forme. Il pourra même prendre la forme d'un chevreau. Et c'est ce corps-là qui sera mangé. Les membres supérieurs et inférieurs sont très courts et le tronc développé. Il n'a aucune forme humaine, mais c'est le double de la victime.

Si un danger se présente et qu'il faille fuir devant les « chasseurs de sorciers », le

¹⁵⁴ Henri Gravaud, Naq et sorcellerie dans la conception sereer. *Psychopathologie africaine*, 1975, XI, 2, pp. 179-216.

gonflage cesserait et le partage ne donnerait pas grand chose. Mais si rien ne vient troubler la réunion le gonflage va se poursuivre jusqu'à ce que l'homme ait le volume d'un veau, d'un cheval, d'un taureau. Il est alors dépecé. Et celui qui a entrepris cet acte de sorcellerie rembourse ses dettes vis-à-vis des autres sorciers ; il distribue les morceaux dont il pourra exiger le remboursement en temps opportun. Les sorcières commencent sur place leur cuisine ensorcelée afin que tout le monde mange. Après le sabbat, les sorciers se dispersent chacun avec le morceau emprunté. Certains avertis peuvent remarquer le retour des sorciers. Dans la brousse, ils voient les sorcières ployer sous le poids des Calebasses invisibles remplies de viande. Dans quelques cases, des enfants pleurent : « Je veux de la viande qui est sous le lit » ; « il n'y a rien sous le lit », lui dit-il. « Si, c'est ma mère qui me l'a mise tout à l'heure ». Chacun se tait. Mère et enfant sont sorciers.

Dans certaines communautés africaines, ce sont ces fantômes qui s'occupent des travaux champêtres des personnes qui les ont tués ; ils sont tués pour être des esclaves ».

A cet effet, au cours de celle-ci, le sorcier laisse-t-il son enveloppe corporelle et effectue son voyage à l'aide de son « *principe vital* » afin d'aller prendre celui de ses proies. De ce fait, se pose la question du double, des forces vitales de la victime ou encore du passage de l'âme au corps. Et ce sont les forces vitales qui sont « mangées » par le sorcier, entraînant alors la mort (physique et spirituelle) ou la mort symbolique, avec tout ce qu'il y a comme conséquences, à savoir les maladies, les comportements asociaux, etc.

Combien de fois dans la société gabonaise des individus disent-ils que telle ou telle autre personne a été « mangée » par un sorcier, d'où sa folie ? Combien de personnes attribuent-ils l'origine de leurs échecs à une personne qui, par son pouvoir magique, les a empêchés de devenir ce qu'ils auraient souhaité être ? Si la sorcellerie est tant redoutée, c'est qu'elle existe bien. Il s'agit de saisir quelle importance symbolique la sorcellerie a dans la société gabonaise. Et c'est dans cette optique qu'on va s'intéresser maintenant à l'acte de sorcellerie et à sa signification.

2. L'acte de la sorcellerie et symbolisation

La pratique sorcière consiste à « *manger la chair humaine* ». Cette pratique constitue l'activité principale du sorcier. A quoi elle peut renvoyer ? Quelle est alors son origine ? Quelles relations y a-t-il avec le mythe de la sorcellerie rencontré dans certaines sociétés ? Comment cet acte peut-il s'inscrire dans la vie d'un individu ? Ce qui caractérise cet acte de sorcellerie dans notre société, c'est parce qu'il se répète. Dans ce cas, quel sens donner à cette répétition ?

2.1. Le mythe de la sorcellerie

Vu l'importance accordée au phénomène de la sorcellerie dans la société gabonaise, il paraît intéressant de s'arrêter un instant sur ce phénomène. En effet, pourquoi les individus font toujours référence à ce phénomène pour expliquer et comprendre la maladie mentale ? L'intérêt pour la sorcellerie amène à tenir compte du mythe qui

sous-tend ce phénomène. Mais, il convient d'abord de définir ce qu'est un mythe. Ensuite, sur la base de ses caractéristiques, il s'agira de voir les causes responsables de l'existence de ce phénomène.

Selon M. Eliade (1963, 16)¹⁵⁵, le mythe est un récit imaginaire racontant une histoire sacrée, un événement qui s'est passé dans le temps primordial et comment cette réalité est venue à l'existence. C'est alors le récit d'une « création ». Dans cette définition, il paraît utile de relever quelques caractéristiques, à savoir l'origine ou la création et la remémoration. En effet, d'un côté, le mythe permet de relater l'origine de quelque chose : «...le mythe se rapporte toujours à une « création », il raconte comment quelque chose est venu à l'existence, ou comment un comportement, une institution, une manière de travailler ont été fondés... »¹⁵⁶.

Au Gabon, il est difficile de trouver un mythe situant l'origine de la sorcellerie, du moins dans sa version officielle. L'une des versions connues et qui a été l'objet d'une étude est en rapport avec le mythe d'Evu¹⁵⁷ chez le peuple Fang que L. Mallart Guimera (1981, 28-29)¹⁵⁸ rapporte ici :

« Autrefois, Evu habitait dans la forêt dans un grand rocher entouré de fougère. Il était un « être » de la forêt qui ne faisait rien d'autre que tuer du gibier. Lorsqu'il tuait un animal, il le couchait sur le rocher.

Pendant ce temps-là, au village, il y avait une femme mariée ayant mis au monde des enfants. Un jour, cette femme s'en alla pêcher. Elle attrapa beaucoup de poissons. En quittant la rivière, elle trouva le corps d'un animal mort sur le rocher. La femme se dit que peut-être il a été tué par le léopard. Elle le prend. Lorsqu'elle cherche une liane pour l'attacher, elle en découvre deux autres. Elle va les prendre lorsque une voix se fait sentir au milieu du rocher : « C'est toi qui a tué ces animaux ? » La femme se met à trembler de peur. Elle dit : « Qui es-tu ? ». La voix répond : « Je suis Evu ! ». La femme dit : « C'est toi qui as tué ces animaux ? ». Evu dit : « Viens ici ! ». La femme avance et alors elle découvre une chose qui se dressait comme la grenouille que nous appelons mvon. « Où veux-tu t'en aller avec ce gibier ? », interroge Evu. « Je pensais que le léopard l'avait tué et j'allais l'emporter au village pour le manger ». Evu dit : « C'est mon gibier ! C'est moi qui l'ai tué... ! ». Evu ajouta : « Mais si tu le veux, tu peux le prendre ». La femme le mit dans son panier et s'en alla au village. En arrivant, la femme dit à son mari : « J'ai trouvé du gibier tué par le léopard ». Le mari dit : « N'est-ce pas ? Merci ! ». Alors, on dépèce le gibier, on le prépare et toute la famille en mange. Trois jours après, la famille sent de nouveau le désir de manger de la viande. La femme s'en va rencontrer la « chose » qui parlait et qui lui avait dit s'appeler Evu. En arrivant au rocher, elle y trouve un gibier, deux

¹⁵⁵ Mircea Eliade, *Aspects du mythe*. Paris, Gallimard, 1963, 250 p.

¹⁵⁶ Mircea Eliade, *Idem*, p. 32.

¹⁵⁷ Terme d'origine Fang qui veut dire « génie » et que chaque individu possède. Ce génie peut être utilisé à bon ou mauvais escient.

¹⁵⁸ Louis Mallart Guimera, *Ni dos ni ventre*. Religion, magie et sorcellerie Evuzok. Paris, Société d'Ethnographie, 1981, 247 p.

gibiers ; elle les prend ; au troisième, Evu dit à la femme : « Combien tu veux en prendre ? ». Et puis, il ajoute : « Tu sais, j'aimerais aller à ton village. Si j'y vais, tu me donneras de la viande –n'est-ce pas ? Puisque je t'en donne beaucoup... ». Evu dit à la femme : « Prends-moi et partons ! ». La femme cherche son panier. Evu dit : « Je ne veux pas être amené au village dans un grand panier où tout le monde peut me voir ». Alors, la femme prend un petit panier à col étroit (nkun), le laisse au sol et dit à Evu : « Entre ici ! Je vais te cacher avec des feuilles ». Evu dit : « Je ne veux pas ! Je serai très serré... ». La femme lui dit alors de monter sur son dos. Evu refuse : « Je ne veux pas être transporté là où les gens se grattent... » et il ajouta : « Je veux te dire comment tu dois m'amener au village ». La femme accepte car c'est lui qui lui donne la viande. Alors Evu invite la femme à s'accroupir. La femme s'accroupit et Evu entre par le vagin dans son ventre. Puis, il dit : « Partons ! ».

Au village, l'époux de la femme ne sait pas que celle-ci a Evu dans son ventre. Pendant plusieurs jours, ils mangent le gibier apporté par la femme. Une fois terminé, elle veut s'en aller en brousse pour s'en procurer à nouveau. Evu lui dit : « Mais comment ? Qui peut encore te tuer le gibier ? Je n'y suis plus puisque maintenant j'habite ici et, en outre, où est la viande que tu devais me donner ? –Mais, dit la femme, et les poulets que tu as mangés ? ». Evu dit : « Est-ce que je t'ai donné des oiseaux dans la forêt ? N'est-ce pas que j'ai tué pour toi du « vrai gibier » ? La femme cherche quelque chose pour le satisfaire. Evu s'impatiente. Il dit à la femme de lui amener des hommes pour les manger. La femme lui donne son enfant. Evu le prend. Il meurt à l'instant. Après quelques jours, Evu sent à nouveau le désir de faire gras. Evu réclame à la femme de la viande comme lui-même lui en avait donné. La femme lui donne tous ses enfants. Ils meurent. C'est Evu qui les tue. Il mes mange ; il boit leur sang. Evu est déjà parmi nous... ! ».

Malgré la pluralité des versions sur l'origine d'Evu ou de la sorcellerie, il convient de noter que ce phénomène a été introduit parmi les êtres humains par la femme. Au-delà de ce fait, le point le plus important semble être celui où *Evu* commence à « *manger la chair humaine* ». Ici, ce sont les enfants de la femme. A partir de là, on peut noter l'origine familiale de la sorcellerie. C'est la femme qui donne ses propres enfants à *Evu*, en guise de sacrifice. Pour L. Mallart Guimera (1980), l'introduction d'*Evu* dans le village constitue le point de départ de la sorcellerie.

A cet effet, convient-il de noter que le mythe permet de situer l'origine d'un phénomène ou d'un comportement. En situant cette origine, le mythe permet de lui donner à ce phénomène un sens qui est utilisé par le sujet. Pour cela, le phénomène devient un modèle : « ...c'est la raison pour laquelle les mythes constituent les paradigmes de tout acte humain significatif »¹⁵⁹.

De l'autre, à travers son récit, le mythe permet de remémorer ou de réactualiser les événements passés. Pour M. Eliade (1963, 33), « *il s'agit d'une commémoration des événements mythiques, mais de leur répétition. Les personnes du mythe sont présentes, on devient leur contemporain. Cela implique aussi qu'on ne vit plus dans le temps chronologique mais dans le temps primordial, le Temps où l'événement a eu lieu pour la première fois* ».

¹⁵⁹ Mircea Eliade, Idem, p. 32.

A cet effet, se pose-t-il la question de la *répétabilité* à travers le récit mythique. Cette répétition des événements dans le temps présent se situe par rapport à un temps passé, le Temps primordial où l'événement s'est passé la première fois. Ces caractéristiques permettent de saisir la nature et la fonction d'un mythe qui :

*« est un récit qui fait revivre une réalité originelle, et qui répond à un profond besoin religieux, à des aspirations morales, à des contraintes et à des impératifs d'ordre social, et même à des exigences pratiques. Dans les civilisations primitives, le mythe remplit une fonction indispensable : il exprime, rehausse et codifie les croyances ; il sauvegarde les principes moraux et les impose ; il garantit l'efficacité des cérémonies rituelles et offre des règles pratiques à l'usage de l'homme »*¹⁶⁰ (Manilowski cité par Eliade, 1963, 34).

L'acte de sorcellerie s'inscrit dans ces exigences pratiques que lui confère le mythe. Par l'acte anthropophagique, il y a un besoin de retour à l'origine, c'est-à-dire à la première manifestation d'une chose qui est significative et valable et qui constitue le premier modèle exemplaire. M. Eliade (1963) parle du *« mythe de l'éternel retour »* dont la *« fonction est de révéler les modèles exemplaires de tous les rites et de toutes les activités humaines significatives : aussi bien l'alimentation ou le mariage que le travail, l'éducation, l'art ou la sagesse »*¹⁶¹.

A travers l'acte de la sorcellerie, il y a une réactualisation des événements ou une partie de ceux-ci. C'est la réversibilité des événements, caractéristiques des sociétés traditionnelles. Alors que chez l'homme moderne, il y a une irréversibilité de ces événements. Cette réversibilité des événements se note à travers les rites, caractéristiques de la répétition. Et la sorcellerie, en tant que rite, permet de noter ce caractère réversible des événements passés. Par l'acte de sorcellerie, le sujet réactualise et répète ce que les Ancêtres ont fait dans le temps.

Dans ce sens, l'imaginaire est pris au même titre que l'expérience de la réalité. Le *« ibungu »*¹⁶², le sabbat peut donner énormément des informations sur la sorcellerie. En effet, c'est dans ce lieu qu'un sorcier acquiert toute sa puissance à être sorcier. Cet *« ibungu »* repose sur un discours qui se passe dans un endroit invisible qui se situerait sous un vieil arbre, à un carrefour de routes ou encore dans une forêt, etc. Dans ce sens, le mythe peut être réduit au champ de la parole impliquant une lecture diachronique dans un temps irréversible (histoire racontée). Il est aussi un langage par sa structure permettant une lecture synchronique dans un temps réversible.

La structure du mythe par sa répétitivité fonde l'existence du rite. Cette répétitivité est la structure même du mythe. Car il établit une liaison entre un temps originel et temps présent. Dans ce sens, le mythe peut être réactivé, répété dans le rite. Il structure un ordre paradigmatique qui ne peut être réductible à un ordre historique. La réalité psychique irréductible à une réalité extérieure passée est-elle à l'origine du trauma, selon la théorie freudienne ?

¹⁶⁰ Mircea Eliade, Idem, p. 34.

¹⁶¹ Mircea Eliade, Idem, p. 19.

¹⁶² En langue Punu, il s'agit d'un village (imaginaire) où se retrouvent les sorciers.

En comparant la structure névrotique au contenu mythique, S. Freud (1913) voit une certaine ressemblance. Pour cela, il s'intéresse au mythe d'Œdipe. Pour D. Anzieu (1970)¹⁶³, les mythes parlent aux hommes non pas du monde extérieur, mais du monde intérieur, non pas de la réalité mais des fantasmes, ainsi que des désirs et des angoisses qui y sont allées. Et c'est ce désir sur le mythe me permet de comprendre le caractère collectif de la croyance. Ainsi, le mythe est un récit imaginaire relatant des phénomènes naturels, des faits historiques pouvant servir de règles. Le mythe se transmet de génération en génération. Au cours de cette transmission, il y a une ré-élaboration permanente rendant ainsi difficile la détermination de son origine. Comme c'est le cas dans le mythe de la sorcellerie !

Cependant, à travers ce mythe, se pose la question du temps, c'est-à-dire le temps mythique et le temps concret. Dans le temps mythique, la caractéristique essentielle est la répétabilité, c'est-à-dire que toute action symbolique significative se reproduit dans le temps, au-delà de toute contingence. Ce temps mythique signe le commencement, le moment où le Héros civilisateur, l'Ancêtre a posé le premier acte. C'est le temps originel qui sert de modèle à tous les temps. Ce temps est différent du temps-durée ou temps prométhéen.

Chez les sorciers, l'acte de « *manger la chair humaine* » est la répétition de ce qui a eu lieu au commencement. Le mythe a cette fonction de représentation. La pratique de la sorcellerie-anthropophagie présente le mythe de la sorcellerie dans le temps présent, le temps concret. A travers ce mythe, il convient de noter l'origine, c'est-à-dire l'acte premier ou le désir qui est celui de « *manger la chair humaine* ». Si aujourd'hui, cet acte n'est plus réel, il se situe, par contre, à un niveau symbolique ou mystique.

2.2. La signification symbolique

Du point de vue symbolique, un ensemble de significations existe dans la littérature. En effet, l'acte de sorcellerie peut être considéré comme un sacrifice. S'intéressant à la nature et à la fonction du sacrifice, H. Hubert et M. Mauss (1899)¹⁶⁴ notent qu'il consiste à « *établir une communication entre le sacré et le profane, par l'intermédiaire de la victime* ». Dans ce sens, l'acte de la sorcellerie sur une personne peut-il signifier l'établissement de la relation entre le profane et le sacré ? D'ailleurs, dans la société gabonaise, lorsqu'une personne meurt d'une raison inconnue, d'accident brutal ou souffre d'un mal inconnu, il s'agit souvent d'un sacrifice.

Par ailleurs, certains auteurs donnent les motivations de ces sacrifices. R. Girard (1972)¹⁶⁵ note que toute société humaine est menacée par sa propre violence. Tout le problème est de détourner cette violence. Et le sacrifice convient bien à ce besoin fondamental. Il s'agit d'une « *violence de rechange* ». L'objectif de ce sacrifice est de

¹⁶³ Didier Anzieu, Freud et la mythologie. *Revue Française de Psychanalyse*. 1970, 2, pp. 114-145.

¹⁶⁴ Henri Hubert et Marcel Mauss (1899), Essai sur la nature et la fonction du sacrifice. *Œuvres 1 : les fonction sociales du sacré*. Paris, Les éditions de Minuit, 1968, 634 p.

¹⁶⁵ René Girard, *La violence et le sacré*, Paris, Albin Michel, 1990, 486 p.

détourner vers une victime « *expiatoire* » une violence qui pourrait frapper tous les membres de la société. Ainsi, par le sacrifice que représente l'acte de sorcellerie, le sorcier a un moyen d'éliminer la vengeance interminable, en maintenant la violence hors de la communauté. En cela, la sorcellerie a une fonction de régulation sociale.

L'approche anthropologique a permis de saisir le concept de la culture. De par son aspect immatériel, invisible et mystique, la sorcellerie permet une certaine vision du monde. Pour cela, ayant pour caractéristique principale la nuisance d'autrui, la sorcellerie attire sur elle un ensemble de représentations du mal servant de repères ou de systèmes de pensée à certains individus. C'est dans cette capacité à représenter le mal que la sorcellerie donne à la société qui m'interpelle. De ce fait, en tant qu'élément culturel, la sorcellerie peut-elle servir pour représenter la maladie mentale ? En mettant en relation l'expérience réelle d'un mythe avec les affects individuels, il convient de saisir comment la sorcellerie est vécue ou représentée, à travers ses supposés effets, à savoir la mort, la maladie, la malédiction, non seulement par les sorciers mais aussi et surtout par les membres du groupe social dans lequel se trouvent ces sorciers.

Cet ensemble de questions met en relief l'influence que peut avoir la culture sur le fonctionnement psychique du sujet, notamment en ce qui concerne la représentation. En effet, quels processus sous-tendent ces représentations, surtout que la théorie de l'inconscient émet l'existence d'une vie mentale non consciente déterminant tous les actes ? Par ailleurs, selon S. Freud (1913), la religion s'explique par le besoin qu'a l'enfant impuissant de s'appuyer sur une figure paternelle capable de le protéger. Cependant, la religion ou la croyance en général soulève surtout la question du narcissisme de l'enfant car après sa naissance, celui-ci est confronté à une blessure narcissique qu'il va projeter. Et il va trouver dans cette projection un support plus adéquat que celui de l'image maternelle.

Cette situation se situe au niveau collectif. Mais qu'en est-il du point de vue individuel ? Autrement dit, si le mythe est un modèle collectif, à quoi il renvoie sur le plan individuel ? Ainsi, l'utilisation répétée des croyances par le sujet m'amène à m'intéresser à ce qu'expriment ces croyances pour le sujet. Autrement dit, il s'agit de savoir ce que ces croyances veulent symboliser. A travers le cas des croyances à la sorcellerie, il convient de voir quel impact psychologique possèdent ces croyances sur le sujet, et comment ces croyances sont ré-élaborées par lui.

3. Sorcellerie et maladie mentale

Relier la sorcellerie à la maladie mentale soulève la question de l'influence de la sorcellerie dans l'explication d'un phénomène, fait ou d'un événement malheureux. En effet, tout malheur répétitif ou durable s'explique par la référence au phénomène de la sorcellerie. Et l'explication de la maladie mentale trouve aussi son origine dans cet ensemble de représentations. De nombreux cas rencontrés en psychiatrie comportent des interprétations où des patients font référence à la sorcellerie comme origine de leur maladie.

Cependant, il est à noter que le phénomène psychopathologique est le résultat de

plusieurs facteurs en cause. En tenant compte de l'approche psychodynamique, il s'agit de s'intéresser à la personnalité du sujet qui présente le trouble mental. De ce fait, quels les facteurs individuels impliqués dans l'expression du trouble mental ? Quelle est la part des représentations culturelles dans l'expression de la maladie mentale ?

En mettant en relation l'expérience réelle d'un mythe avec les affects individuels, il convient de saisir comment la sorcellerie est vécue ou représentée non seulement par le malade mais aussi par le sorcier lui-même, à travers ses supposés effets, à savoir la mort, la maladie, la malédiction, etc. Pour cela, il convient de comprendre la personnalité de l'ensorcelé et celle du sorcier.

Si pour E. Evans-Pritchard (1937) la sorcellerie est un pouvoir inné, celui-ci se transforme en capacité de nuisance, suite à un ensemble d'observances dont le but est de se séparer du monde profane pour atteindre celui du sacré ou du mystique (E. Durkheim, 1912, 442)¹⁶⁶. A partir de là, le pouvoir du sorcier croît. Ce qui entraîne un changement de comportement et de conduite. Le sujet acquiert la capacité de se dédoubler. Avec ce double, le sujet effectue des voyages mystiques, en quittant son corps la nuit. Au cours de ces voyages, le sorcier participe à des « *réunions mystiques* », lançant des sorts ou en commettant des actes anthropophagiques, etc.

Dès lors, se pose la question de l'importance symbolique de la transmission de ce pouvoir. En effet, Cette transmission se fait sur le plan mystique par initiation, notamment par l'organisation des sabbats où les sorciers se retrouvent pour « *manger la chair humaine* », caractéristique principale des sorciers. Par ces ritualisations, le sujet accède au rang de sorcier anthropophage. Ayant acquis ce pouvoir et ces capacités, on peut noter un ensemble de comportements caractérisé par le mystère. Le sujet devient solitaire lorsqu'il ne vit pas en famille. C'est un être méchant et rancunier.

Sur cette base, on peut essayer de décrire la personnalité du sorcier. Dans le monde rural, le sorcier est le plus souvent une vieille personne ; c'est une personne qui vit de façon solitaire, en marge du groupe social, redoutée et méprisée. C'est une personne sujette à des « *crises* », avec de connaissances bornées de guérisseuse. Par ce mépris affiché par l'entourage, naît chez le sujet une certaine agressivité et méchanceté.

C'est quelqu'un qui est mal à l'aise, dans un milieu où il se croit très différent, voire supérieur à cause de ses pouvoirs. Il s'agit d'un sentiment de toute puissance. L'ensemble des échecs (amours frustrées, sur le plan social) rencontrés dans la vie du sujet est à l'origine de l'hypertrophie du Moi, à l'origine d'une impuissance et d'une honte qu'il va chercher à combattre par des moyens illégitimes. Par ailleurs, le manque d'intérêt pour les choses publiques au profit des pratiques secrètes.

Pour les sorciers vivant dans les familles, ils aiment tout ce qui est matériel ou financier. L'échec du gain pourra constituer un motif pour exercer leurs pratiques sorcières. Dans ce sens, il s'agit de quelqu'un de sadique et de masochique. Dans sa vie, le sorcier vit des frustrations, des situations de solitude, aux frustrations, des humiliations, des sentiments de jalousie, etc. Toutes ces situations sont à l'origine d'une certaine angoisse que pourrait vivre le sujet et constituer des motifs de vengeance. En effet, le

¹⁶⁶ Emile Durkheim (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris, PUF, 1979, 6^{ème} édition, 647 p.

sujet utilise des pratiques occultes, des actes illégitimes pour se venger. Pour cela, ces pratiques viennent justifier les affects négatifs que le sujet a à l'égard des individus coupables d'irrespect. En ce sens, l'agressivité, la méchanceté sont mises en jeu chez le sujet. Cependant, il semble intéressant de voir comment se situe la personne ensorcelée car la « *conscience passive* » de l'ensorcelé crée tout autant, sinon plus un climat social d'insécurité que la « *conscience active* » du sorcier même (J. Caro Baroja, 1972, 304)¹⁶⁷. En effet, la compréhension de l'acte anthropophagique ne peut être complète que si on arrive aussi à comprendre la personnalité des victimes.

En prenant le cas de Mme O. A.¹⁶⁸, on peut noter l'importance des représentations culturelles, notamment des croyances à la sorcellerie. L'approche psychodynamique de ce cas montre que Madame O. A. est convaincue d'être la victime de l'ensorcellement par sa belle famille. Au fur et à mesure des avancées cliniques, elle rend compte de son vécu personnel. Progressivement, elle met en exergue la virulence des propos de son mari mais surtout, elle exprime la lourde honte qui l'envahit aux yeux de l'entourage. Car son mari étalait sa vie privée publiquement. Il s'ingéniait à cette opération d'exposition de manière répétitive. Cette opération s'inscrivait dans la perspective de la dégradation profonde de sa personne. Son amour propre était atteint, sa dignité brisée.

Tant bien que mal, elle semblait indifférente, voire insensible à l'activisme du mari, se montrant inatteignable. Mais, de plus en plus, elle avait du mal à cacher ses blessures narcissiques. Elle vivait un véritable sentiment de dépouillement. On peut dire que cette dame a été victime d'une dépersonnalisation. Elle ne se retrouvait pas ; elle était perdue. Malgré sa bonne volonté, Madame O. A. n'a pas pu tenir une position de victime qu'elle faisait l'effort de refouler.

L'insistance de ses filles, autant que leur soutien, n'ont pu lui permettre de parer à une entreprise de destruction si nocive. Cette hargne distillée à travers des agressions itératives a constitué une pression qui l'a amenée à développer une angoisse profonde. Dans un milieu où beaucoup de choses se partagent en commun, la construction d'un espace privé prend toute son importance dans le couple qui est appelé à la préserver jalousement. Autrement, la personne peut être désorganisée. C'est la honte qui est en œuvre dans cette désorganisation où le regard de l'autre peut prendre une coloration destructrice.

Mais à quel niveau interviennent les croyances à la sorcellerie dans l'explication de la maladie mentale chez le sujet ?

Il convient de noter que la malade vit dans un environnement où les croyances à la sorcellerie sont fréquentes et se manifestent par des maléfices, des sorts, de la maladie, la mort, etc. La manie de la persécution de ceux qui souffrent des maléfices et des sorts. Chez la personne ensorcelée, la personnalité ressemble à celle des malades hystériques, surtout dans des cas de possession. Le sujet se trouve dans une longue période de souffrance physique et psychologique. C'est souvent cette fragilité psychologique qui va entraîner le sujet à recourir aux explications liées aux croyances à la sorcellerie. Celles-ci

¹⁶⁷ Julio Caro Baroja (1962), Les sorcières et leur monde. Paris, Gallimard, 1972, 304 p.

¹⁶⁸ Voir Annexes.

ne sont pas là par hasard car ce sont les croyances de la famille, du groupe qui vont constituer le noyau des accusations du sujet.

Dans le cas de l'hystérie, S. Freud (1895) parle de la capacité du sujet à utiliser les représentations que lui offre le milieu. Dans ce cas, bien que sachant qu'il mente, le sujet arrive à croire à ce qu'il dit. Si chez l'enfant ce n'est pas l'état pathologique, chez l'adulte, il s'agit bien d'un état pathologique. Face à ce climat, la victime vit un sentiment de menace. A l'heure où l'homme doit affronter sa propre angoisse liée à des difficultés existentielles. D'un côté, il y a un sentiment de frustration et d'agressivité, d'impuissance liée au manque de respect de la part des enfants ou d'autres personnes. De l'autre, une fragilité psychologique du sujet. La frustration du sujet va entraîner une agressivité se manifestant sur le plan mystique par la sorcellerie. De ce fait, les motifs réels par exemple les conflits diurnes vont prendre une importance plus grande dans le monde nocturne.

Pour L. Mallart Guimera (1981, 109), l'acte de sorcellerie est le résultat d'un processus. En effet, la sorcellerie est un monde imaginaire qui prend appui dans le réel : la sorcellerie repose sur un conflit réel qui commence le jour. C'est le prétexte. Ensuite, la nuit, le sorcier agit sur la victime en provoquant le mal, l'infortune, la mort, etc. Cette mise en œuvre se passe dans le monde diurne et le déclenchement de l'action et l'apparition de ses conséquences ont lieu dans le monde diurne. Ce n'est qu'après quelques jours que ces actions se manifestent dans l'ordre du réel.

Selon S. Freud (1920), la religion s'explique par le besoin qu'a l'enfant impuissant de s'appuyer sur une figure paternelle capable de le protéger. Ce qui soulève la question du narcissisme de l'enfant car après sa naissance, celui-ci est confronté à une blessure narcissique qu'il va projeter. Et il va trouver dans cette projection un support plus adéquat que celui de l'image maternelle. Dans cette perspective, le sorcier ou la victime sont confrontés à cette problématique narcissique. La sorcellerie, à travers sa pratique, ressort un enkystement narcissique.

Toutefois, de par son aspect immatériel, invisible et mystique, la sorcellerie permet une certaine vision du monde. Pour cela, ayant pour caractéristique principale la nuisance d'autrui, la sorcellerie attire sur elle un ensemble de représentations du mal servant de repères ou de systèmes de pensée à certains individus. Et c'est dans cette capacité à représenter le mal que la sorcellerie donne à la société qui m'interpelle. En ce sens, c'est l'influence que peut avoir la culture sur le fonctionnement psychique du sujet, à savoir la transformation des représentations culturelles en représentations psychiques. Par l'utilisation répétée des croyances, il y a expression des affects par le sujet à l'origine d'une symbolisation.

Qu'il s'agisse du sorcier ou de l'ensorcelé, il convient de noter la présence d'une angoisse liée à leur faiblesse psychologique. Cette angoisse est à l'origine de l'utilisation d'une pratique (par vengeance) pour l'un et pour l'autre par la référence aux croyances liées à cette pratique. Pour l'un comme pour l'autre, la référence à la sorcellerie comme pratique et comme croyance soulève la question de la répétition de l'acte fondateur par le premier sorcier, Evu. Le sorcier, par sa pratique répète ce premier acte. Mais que représente cette répétition ?

Selon M. Eliade (1963, 108), « *cette répétition a un sens, elle seule confère une*

réalité aux événements. Les événements se répètent parce qu'ils imitent un archétype : l'Événement exemplaire ». Pour réaliser cet acte, le mythe sert de référence, de repère pour le sujet (sorcier ou ensorcelé). Le mythe permet alors de canaliser les angoisses des individus appartenant au même groupe. Pour le sorcier, le mythe permet de canaliser l'agressivité, les pulsions agressives orales caractérisant l'acte anthropophagique. Alors que pour l'ensorcelé, le mythe a pour but structurer l'angoisse liée aux difficultés de la vie quotidienne en lui donnant un sens culturel.

En ce sens, l'acte de sorcellerie, de son aspect négatif et des représentations du mal qui en découlent, le sujet ayant une personnalité fragile attribuée à la sorcellerie l'origine de sa maladie. Ainsi, le sujet répète de façon indirecte le premier acte posé par *Evu*. Mais cette fois-ci, il fait par projection. Dans cette perspective, il s'agit d'une « *sorcellerie passive* », celle que subit le sujet (J. Caro Baroja, 1961).

En résumé, la référence aux croyances à la sorcellerie se situe non seulement dans une référence au « *système de pensée* », reposant sur une vision du monde « *traditionnelle* », mais elle permet aussi au groupe et aux sujets qui composent ce groupe de symboliser et d'exprimer les angoisses liées aux difficultés existentielles. Dans ce sens, les croyances à la sorcellerie ont une fonction contenante pour le groupe et pour le sujet qui les utilisent.

Chapitre 3. Psychopathologie et aspects cliniques des représentations culturelles

Au cours des précédents chapitres, on a tenté de saisir la façon dont les individus s'approprient ou réélaborent subjectivement les croyances existant dans leur milieu familial et social. Maintenant, je vais proposer une compréhension des relations qui peuvent exister entre la souffrance du sujet et l'utilisation des croyances. Afin d'illustrer ces relations, je me suis intéressé aux sujets qui venaient pour des consultations psychopathologiques. Ces sujets présentaient des souffrances psychiques. En même temps, on pouvait noter dans leur discours l'existence des représentations culturelles, à savoir les croyances religieuses et traditionnelles.

Sur la base de ces éléments, deux points me semblent essentiels pour la compréhension de ces sujets : d'un côté, la psychopathologie de chaque sujet, et de l'autre, l'impact des représentations culturelles dans l'expression de cette psychopathologie. En partant de l'idée selon laquelle chaque cas présente une psychopathologie particulière, il s'agit de voir quel est l'impact des représentations culturelles sur ce fonctionnement psychique. Existe-t-il des relations entre le fonctionnement psychique et les représentations culturelles ?

1. Approche psychopathologique

Mon intérêt pour les personnes présentant des souffrances psychiques m'amène à

protégé en vertu de la loi du droit d'auteur.

prendre en compte l'approche psychopathologique. L'objet de cette approche est de rendre compte de l'étiopathogénie des troubles des patients rencontrés à l'occasion de cette recherche. Cette approche permettra de comprendre les dysfonctionnements psychiques vécus par chaque patient. Pour cela, la psychanalyse, en tant qu'outil, sera utilisée pour décrire les mouvements psychiques conscients et inconscients chez chaque sujet, expliciter les conflits et de donner un sens à aux symptômes.

Autrement dit, il s'agit non pas de poser un diagnostic mais plutôt de comprendre les mécanismes en cause dans le déclenchement de la psychopathologie et les conditions dans lesquelles elle est survenue. Pour cela, certaines données issues de l'anamnèse, des éléments biographiques et de l'histoire de la maladie de chaque sujet seront pris en compte. Cette analyse du fonctionnement psychique sera faite sur la base des protocoles (Angèle, Pierre, François, Thomas et Martine). Elle sera aussi complétée par quelques protocoles de TAT (Angèle, Pierre, François et Thomas).

L'intérêt du Rorschach s'inscrit dans une *perspective dynamique*, c'est-à-dire qu'elle « envisage la nature des pulsions inhérentes aux conflits psychologiques du sujet, la spécificité des mécanismes de défense qui y sont opposés et les formations de compromis particulières qui en résultent... » (C. Chabert, 1997, XIII)¹⁶⁹. A cet effet, cette dynamique repose-t-elle sur le *développement libidinal*. En ce sens, l'objectif du clinicien est de tenir compte des moments importants dans la *construction de l'identité*, des *processus identificatoires* et de l'*élaboration des relations*.

Dans cette perspective, cinq observations cliniques ont été retenues pour la compréhension de ce fonctionnement psychique. Si quatre patients (Angèle, Pierre, François et Thomas) ont une éclosion psychotique remontant déjà à plusieurs années, une patiente (Martine) présente un trouble psychosomatique.

1.1. Cas d'Angèle

L'expression de la maladie d'Angèle soulève la question des facteurs à l'origine de son déclenchement et celle des mécanismes qui sous-tendent le fonctionnement de la personnalité du sujet.

1.1.1. Angèle face à ses difficultés existentielles

D'un point de vue clinique, Angèle se présente dans un état dépressif. Au cours des entretiens, on peut noter un ralentissement psychomoteur. Cet état contraste avec celui noté au début de son hospitalisation où elle présentait une personnalité totalement désorganisée : troubles de la conscience, une désorientation temporo-spatiale, une incurie, des troubles psychomoteurs, etc. Parmi les troubles de la conscience, on peut noter essentiellement un état délirant (délire mystique et persécutif) et hallucinatoire (auditifs). En réponse à ces observations d'Angèle, on peut se demander quels sont les facteurs pouvant être à l'origine de déstructuration de sa personnalité ? Dans quelles circonstances cette déstructuration est-elle apparue ?

L'existence de cette organisation psychopathologique est le résultat de plusieurs

¹⁶⁹ Catherine Chabert, *Le Rorschach en clinique adulte*. Interprétation psychanalytique. Paris, Dunod, 1997, 273 p.

facteurs, parmi lesquels les traumatismes liés aux situations de deuils, les conflits relationnels et l'influence de la foi ou les effets de l'individualisme.

En ce qui concerne les situations de deuil vécues par le sujet, on peut noter qu'Angèle est orpheline de père, puis de mère. Ces deuils ont entraîné chacun à tour de rôle des traumatismes ayant fragilisé le sujet. A ces deuils, s'ajoute celui de son frère aîné décédé par assassinat dans des conditions macabres. Le deuil d'un être cher est à l'origine d'un état dépressif.

Les conflits relationnels de la famille constituent un autre facteur pouvant être à l'origine des difficultés d'Angèle. Dans ce sens, on peut noter qu'Angèle a toujours été en conflit avec son oncle, sa tante. Ce qui lui permet de dire que ces derniers sont à l'origine de sa maladie. Selon J.A. Bitsi (1997)¹⁷⁰, dans ce type de société où le moindre conflit avec un des parents peut entraîner des sanctions, notamment la malédiction. Ce qui est à l'origine de la fragilisation du sujet pouvant se traduire par la maladie mentale. Dans ce sens, la maladie, les échecs tant sur le plan social que personnel sont vécus comme le résultat de la sorcellerie, en particulier de la malédiction. C'est ainsi qu'Angèle pense qu'elle a été maudite par sa tante, d'où sa maladie.

Un autre facteur a été noté chez Angèle dans le déclenchement de sa maladie. Il s'agit de l'influence des effets de l'individualisme. Celui-ci peut être pris à deux niveaux : au niveau religieux et au niveau social. D'un point de vue religieux, le développement des églises protestantes prônant le respect de la foi, accélère ce développement de l'individualisme. Dans les églises, la recherche du Salut est une affaire personnelle. Pour atteindre ce salut, il faut se préserver du péché et mettre en application les principes religieux. Il se trouve qu'Angèle pêche en commettant l'adultère avec un homme d'église. Or, il se trouve que l'adultère est un des grands péchés condamnés par l'Eglise et dénoncé dans les prêches par les hommes d'églises. En tant que chrétienne, cette faute conduit Angèle à s'identifier en tant que pécheresse. Dans la conception judéo-chrétienne, le péché renvoie à la faute, au mal. Ce qui, par conséquent, a pu entraîner le développement de la culpabilité chez le sujet.

Au niveau social, la société gabonaise se développe de plus en plus, entraînant des transformations des structures sociales et familiales (G. Balandier, 1982)¹⁷¹. Ce qui permet alors un relâchement des réseaux de relations familiales se caractérisant par le passage des familles élargies aux familles restreintes. Le sujet affronte seul désormais son destin. « ...*Mon oncle ne s'occupe d'elle alors qu'avant, il le faisait. C'est lui qui m'a fait venir à Libreville...* », réclame le sujet. Ce qui entraîne un développement de l'individualisme chez les individus. Le sentiment de solitude créé non seulement par la mise en pratique de la foi et les difficultés de la vie en ville ont entraîné un individualisme, ont provoqué chez le sujet une désorganisation de sa personnalité. Face aux effets de cet individualisme auxquels les mécanismes culturels ne peuvent résister (rétrécissement du noyau familial), il y a une augmentation de l'angoisse chez le sujet. Cette augmentation

¹⁷⁰ Jacques Alain Bitsi. *Désorganisation familiale et pathologie mentale*. Mémoire de Licence, Université Omar Bongo, Libreville, 1997.

¹⁷¹ Georges Balandier, *Sociologie actuelle de l'Afrique noire : dynamique sociale en Afrique centrale*. Paris, P.U.F., 1982, 529 p.

est aussi facilitée par la rupture ou les relations conflictuelles avec le groupe, à l'origine d'un sentiment d'abandon.

Toutes ces situations ont pu constituer des traumatismes à différents degrés et ont pu contribuer à l'apparition d'une angoisse chez Angèle. Etant donné l'existence de cette angoisse chez le sujet, quelles sont les modalités de fonctionnement d'Angèle ? Ce qui conduit à s'intéresser au fonctionnement psychique sur la base du Rorschach et du TAT.

1.1.2. Approche « projective » de la personnalité d'Angèle

L'approche du fonctionnement psychique d'Angèle sera faite par le Rorschach. Puis elle sera complétée par le TAT.

1.1.2.1. Approche par le Rorschach

En ce qui concerne le Rorschach, on peut repérer deux niveaux d'analyse : quantitatif et qualitatif. D'un point de vue quantitatif, il convient d'analyser la productivité, le temps, les modes d'appréhension, les déterminants et les contenus des réponses données par Angèle. L'approche quantitative du Rorschach permet de noter que la verbalisation est peu abondante. Dans ce sens, on a des temps de latence longs, de nombreux silences et des refus à de nombreuses planches (IV, V, VI, VII, IX et X). Ce qui exprime l'existence d'une inhibition chez le sujet. On y trouve aussi moins d'associations se caractérisant par des réponses courtes quand elles sont données. D'où l'existence d'une difficulté de fantasmatisation. Cette angoisse qui envahit Angèle va se manifester le long du protocole. Ainsi, à quelle problématique peut renvoyer les mécanismes observés chez Angèle ?

L'analyse quantitative du protocole d'Angèle contient près de 7 réponses fournies dans cinq planches (I, II, III, IV et VIII) en un temps très court (8'50). Ce qui est largement inférieur aux normes ($20 < R < 30$). Cette situation signifierait l'existence d'un trouble psychiatrique chez Angèle. La première planche exprime bien cette inhibition. Le temps de latence de la planche (18'') est supérieur au temps de latence moyen (17''). Ce qui montre un écart entre la présentation et l'apparition de la réponse. Cet écart est encore plus aggravé à la planche à la planche III où le temps de réaction est de 50'', dépassant largement le temps de latence moyen. Le temps par réponse moyen est de 1'20, alors que la norme est de 45''.

Par rapport cette réactivité, on peut diviser les planches en deux groupes : celles où le sujet réagit rapidement et dont le temps se situe entre 2'' et 12'' (Planches II, IV et VIII) et celles où le temps est plus long et dont le temps de réaction se situe entre 18'' et 50'' (Planches I et III). De ce fait, à quoi peut être lié cet allongement du temps aux planches I et III ? Si la planche I renvoie à la première planche narcissique et la III à celle de la triangulation, quels liens existent-ils entre ces planches ? Quel est leur impact en ce qui concerne fonctionnement psychique du sujet, notamment la lenteur d'Angèle ? Cette lenteur peut-elle être le résultat d'une activité dynamique et créatrice ou d'un ralentissement dépressif ?

En ce qui concerne modes d'appréhension, il existe deux modes utilisés : G et D. Le pourcentage des G est très bas (28%) alors que celui des D est très élevé ; il est très inférieur à la norme. Cette baisse de G peut signifier l'incapacité pour le sujet à

appréhender des objets dans leur intégrité, et par conséquent, une difficulté dans l'appréhension de l'image de soi. Ce que va confirmer le pourcentage élevé des D (71%).

L'analyse des deux réponses G permet de constater une contradiction. Si la première réponse donnée par Angèle est vue dans la globalité, associée à un K, elle montre une capacité d'élaboration fantasmatique, avec une identification humaine. La suite de la réponse : « ...*et qui n'a pas de tête...* » et l'enquête : « ... *La tête est coupée...Ils ont coupé les pieds.* » montrent la difficulté pour le sujet à rester dans la globalité. Dans ce sens, cette réponse G n'est qu'un mécanisme de défense. Ainsi, il y a un effort pour le sujet à saisir l'objet dans sa globalité mais cet effort ne tient pas. La deuxième réponse G apparaît à la planche dont la configuration nécessite des réponses détails. La réponse G est une tentative de défense pour éviter que le sujet ne soit submergé par l'angoisse de morcellement.

Ainsi, même si Angèle tente de saisir l'objet dans sa globalité, elle n'y arrive pas car l'angoisse de morcellement est sous-jacente chez elle. Dans ce sens, l'utilisation des réponses ne peut que constituer un mécanisme de défense.

Le F% d'Angèle (57) est en dessous de la norme (60-65%). Ce qui montre quelques légères difficultés d'insertion sociale du sujet et une difficulté de recours aux éléments de la réalité. Dans ce sens, la réponse K à la première planche peut prendre une valeur délirante chez Angèle. Quelle relation cette réponse peut-elle avoir avec le vécu du sujet ou son monde environnant ?

Par ailleurs, le pôle sensoriel est peu représenté ($\Sigma C= 1$ et $\Sigma E= 0$). Cette situation est le résultat de la présence d'un mode de fonctionnement introversif chez Angèle. Dans ce sens, peut-il s'agir d'une inhibition, d'une lutte contre l'expression des affects ou d'une pauvreté de la vie fantasmatique et émotionnelle ? Les trois hypothèses semblent possibles. L'allongement des temps de latence pourrait signifier une inhibition, une lutte contre cette expression des affects et une pauvreté de la vie fantasmatique. Seulement, l'allongement observé aux planches I et III et les refus notés aux planches IV, V, VI, VII, IX et X renverraient à une expression de la lutte contre les affects. Ils seraient liés aussi à une pauvreté de la vie émotionnelle et fantasmatique.

On trouve chez Angèle deux principaux contenus : H et A. L'existence de ces contenus expriment la présence d'une volonté portée sur le monde relationnel interne (H%) et de celle à s'adapter au monde social (A%). Même si la volonté au monde relationnel interne du sujet paraît plus élevée (57%), on peut noter chez Angèle un effort d'identification à une image humaine. Toutefois, cette identification est précaire car elle est liée à la difficulté à saisir une identité et une image de soi stables. Cette difficulté est confirmée par l'existence de Hd (14%) qui peut signifier l'existence d'une angoisse de morcellement chez le sujet, comme on peut le constater à la planche I : « ...*qui n'a pas de tête et les mains sont comme ça...* », et à l'enquête : « ...*la tête est coupée...Ils ont coupé les pieds...* ».

D'un point de vue social, Angèle semble plus ou moins insérée dans son monde environnant. Perçues à la planche VIII : « ...*je vois deux animaux...* » et à l'enquête de la planche V : « *Je vois comme si c'est l'oiseau qu'on appelle Dupung (Chauve-souris en langue Ipunu)* », l'analyse de ces réponses A montre qu'elles sont des réponses banales.

Seulement, quel sens peut prendre la réponse donnée à l'enquête de la planche VIII ? En donnant deux noms animaux : « ...C'est le porc-épic ou le hérisson... » qui sont des mauvaises formes (D F- A), Angèle hésite entre un animal qui a des « piquants » et l'autre qui n'en a pas. Autrement dit, il y a une difficulté pour le sujet à choisir entre un contenu à valeur agressive (porc-épic) et un autre qui ne l'est pas ou qui l'est moins.

La réponse d'Angèle montre l'existence des pulsions agressives chez le sujet, leur déplacement et leur projection sur un animal. Ces pulsions agressives destructrices se retrouvent dès l'enquête de la planche II : « ...Ils l'ont coupé la tête et l'ont suspendu. Il y a le sang, même jusqu'à la tête » et dans la réponse Sang donnée à la deuxième réponse de la planche III : « ça, c'est le sang. Ça aussi, c'est le sang » qui est isolée de la troisième réponse : « Ça, c'est la tête, le cou, les bras, le corps, les pieds ». Par un raisonnement déductif, elle choisit le nom de l'animal non piquant : « Ça doit être le hérisson parce qu'il n'a pas de piquants ». Le refus de l'animal ayant des piquants peut-il être lié à la volonté de pouvoir maîtriser ses pulsions agressives afin d'éviter des conflits relationnels dans son environnement ?

Au cours des entretiens et de la passation, on peut noter une verbalisation restreinte chez le sujet. Cette inhibition constitue la caractéristique principale de ce protocole. Si le discours est clair à certains moments, on peut noter une difficulté du développement de la pensée. Le pronom « je » est très utilisé dans tout le protocole. Il en va de même du verbe « voir ». Les deux associés montrent une conscience perceptive de la part du sujet : « Je vois ». On peut noter la référence au clinicien qui apparaît sous forme de demande, à la première planche de la première passation : « Je dis ce qui est dessiné là ? ».

L'aspect transférentiel apparaît à l'enquête de la planche V et dans lequel on peut noter un investissement de la relation : « Tu dois m'excuser, je ne sais pas comment on appelle ça en français. Tu comprends Punu , non ? ». Ici, on peut observer un établissement de la relation, notamment par la reconnaissance de la même appartenance linguistique. Ce qui lui permet de demander l'aide du clinicien. En général, les commentaires surviennent après les réponses. Lorsqu'ils sont faits, c'est pour détailler la réponse donnée. Par exemple à la planche VIII : « Ça, je vois deux animaux. Voici les mains, ses bras ». Par contre, l'enquête aux dans lesquelles il y a des non-réponses aboutit souvent au même commentaire : « Je ne vois rien, je ne peux pas mentir ».

Ainsi, à travers ces éléments qualitatifs, on peut noter la volonté du sujet à s'ouvrir vers le monde extérieur. Angèle est confrontée à une difficulté à manier ses pulsions agressives. Pour cela, deux solutions sont possibles, soit ces pulsions agressives se retournent contre elle, ce qui entraîne une inhibition ; soit, elles sont mal contrôlées et elles sont projetées sur un objet perçu comme persécuteur.

D'un point de vue qualitatif, on va analyser les différents facteurs dans le but proposer des interprétations. Dans le protocole d'Angèle, on peut noter principalement trois modes d'appréhension, à savoir les G, D et Dd.

En ce qui concerne les réponses globales, elles n'apparaissent pas systématiquement. Présentes aux planches I, II et III, ces réponses sont simples car elles ne sont pas liées à un grand effort d'élaboration. Ce qui peut être l'expression des conduites sthéniques. Ces réponses ne sont associées à aucune banalité, si ce n'est à la

planche III : « *ça, je vois deux personnes, ils sont noirs...* ». Cette banalité s'inscrit dans le cadre classique de la planche III. Elle est accompagnée d'une tonalité dysphorique : « *...ils sont noirs...* ». L'absence de banalité aux planches I et II peut exprimer la recherche d'une élaboration qui prend un sens pathologique avec la présence de mauvaises formes (F-). Cette situation est l'expression du retrait du sujet dans le monde imaginaire, à l'origine de la difficulté à appréhender la réalité objectivement. Cette hypothèse est confirmée par un F+% qui est de 60% et se situe en dessous du normal (70 et 80%).

Ainsi, on peut dire que la simplicité des réponses G est l'expression de l'existence des conduites passives du sujet. La qualité des images vues par Angèle pose la question de la difficulté à investir la démarche cognitive, par conséquent la difficulté à s'identifier.

Les réponses D apparaissent aux planches III et VIII. Mais c'est à la planche III qu'apparaît la majorité des réponses D. Chacune des réponses est associée à un déterminant différent, comme s'il existait plusieurs voies de dégagement chez le sujet pour pouvoir lutter contre son trouble induit par le matériel. Le sujet commence par l'expression des pulsions agressives (Sang) qui se traduit par un morcellement du corps : « *ça, c'est la tête, le cou, les bras, le corps, les pieds* » à la deuxième réponse. Ces deux réponses sont séparées par le mécanisme d'isolement. Cette expression de l'agressivité est évitée à l'enquête de la planche VIII où le sujet finit par choisir le hérisson, au lieu du porc-épic, animal « *piquant* », après hésitation entre les deux animaux. Ainsi, les réponses D permettent à Angèle de pouvoir exprimer son agressivité et en même temps de la contrôler.

Quant à la réponse Dd vue à la planche III, elle exprime une identification du sujet à l'image féminine. La première réponse de la planche montre une certaine indétermination. Cette réponse petit détail permet à Angèle de s'identifier à un objet féminin comme elle le note à l'enquête de la planche III : « *...Ce sont des femmes parce que je vois des chaussures. Elles ne sont pas vieilles ni filles...* ». Cette recherche de précision est l'expression d'une défense rigide.

Ainsi, si les réponses D permettent l'expression d'une agressivité chez le sujet, les réponses peuvent montrer sur qui portent cette agressivité. Par les réponses G, on peut noter une stratégie d'évitement de cette agressivité.

D'un point de vue formel, même si le contrôle formel paraît satisfaisant, on peut noter deux mauvaises réponses aux planches I et II, c'est-à-dire au niveau des relations pré-génitales et du maniement de l'agressivité. La rareté des kinesthésies ne permet pas une dynamique du fonctionnement intellectuel, et par conséquent, une élaboration des conflits. La difficulté de socialisation entraîne le sujet à se centrer sur soi afin de se protéger contre les sollicitations venant du dehors.

Sur le plan de la dynamique conflictuelle, Angèle présente un TRI introversif, c'est-à-dire que le sujet a une vie intérieure intense ; elle s'exprime peu et s'adapte peut facilement à la réalité. Le long délai entre l'excitation émotionnelle et la réponse constitue une des caractéristiques qu'on a pu rencontrer le long du protocole.

L'analyse des réponses kinesthésiques permet de noter qu'elles apparaissent aux planches I et III. A la planche I, on a : « *Comme si c'est une personne debout et qui n'a*

pas de tête et les mains sont comme ça ». Si la perception ne semble pas être bonne, on peut noter un mouvement partiel (« *...les mains comme ça...* »). Selon qu'il s'agit de la personne ou des mains, le mouvement peut être fort ou léger. Ce mouvement est aussi relationnel car il s'agit de la relation entre le sujet et Dieu. On peut noter une indétermination en ce qui concerne l'identification.

A la planche III, on a : « *ça, je vois deux personnes, ils sont noirs* ». La perception est bonne et banale. Le mouvement projectif est léger et n'est pas relationnel. S'il existe une indétermination en ce qui concerne sexe, en revanche, il y a une identification à la couleur de la peau. Cette indétermination sera levée à l'enquête : « *Ce sont des femmes parce que je vois des chaussures. Elles ne sont pas vieilles ni filles* ». Les réponses qui suivent montrent une relation de type conflictuel se caractérisant par l'expression d'une agressivité : « *ça, c'est le sang. Ça aussi, c'est le sang* ».

Ainsi, l'identification féminine est difficile à accepter compte tenu du sentiment de culpabilité qu'elle peut entraîner et des mobilisations des pulsions agressives. Ce qui pose la difficulté des choix identificatoires chez Angèle. Ces réponses kinesthésiques permettent au sujet de sortir de la réalité douloureuse à laquelle elle est confrontée. Par la présence des kinesthésies, le sujet manifeste ses conflits psychiques internes et relationnels.

Du point de vue des réactions sensorielles, on peut noter une restriction des réponses sensorielles. Ce constat va dans le sens de ce qu'on a déjà observé, notamment un retrait du monde environnant au profit de son univers imaginaire. La première réponse sensorielle apparaît à la planche II : « *Je vois un blanc avec la tête en bas...* ». Mais cette réponse possède une tonalité dépressive qui pousse le sujet dans un repli. Cette lutte contre la sensorialité de la planche II va échouer à la planche III, comme le note le long temps de latence (50"). Si la première réponse va dans le sens d'un état dépressif : « *...ils sont noirs* », la seconde réponse fait allusion au rouge : « *ça, c'est le sang. Ça aussi, c'est le sang* ». L'ensemble des refus observés aux planches IV, V, VI, VII, IX et X, de façon répétitive, les commentaires de la planches IV et à la fin de la passation : « *sauf que ce sont des belles couleurs* » montrent l'existence d'un malaise, voire d'une perturbation due aux effets des stimulations externes plus intenses.

Ainsi, l'analyse du cas Angèle permet de tirer un certain nombre d'enseignements. D'un point de vue du diagnostic psychopathologique, il s'agit d'une organisation limite, se caractérisant par des variations normales et pathologiques. Le rapport au réel semble de qualité plus ou moins satisfaisante, avec parfois une mauvaise qualité. Ce qui permet de noter par moments un empiétement entre l'imaginaire et le réel. Cette organisation limite se caractérise aussi par la présence de défense appartenant au registre archaïque tels le déni ou encore ceux appartenant au registre rigide comme l'isolation, la formation réactionnelle, la dénégation. A travers ce cas, on a pu noter aussi des représentations conflictuelles, à l'origine des défenses citées ci-dessus. Ces conflits sont liés aux mouvements agressifs et au sentiment de culpabilité qui empêchent Angèle de choisir dans ses identifications sexuelles.

1.1.2.2. Approche thématique du fonctionnement psychique d'Angèle

En ce qui concerne le TAT, il convient de noter que ces assertions sont confirmées par l'ensemble du TAT. Ce protocole se caractérise par une description de la réalité qui sert de base à la projection imaginaire du sujet. Cette référence à la réalité limite la capacité de fantasmatisation du sujet.

Les procédés dominants appartiennent aux registres du contrôle et de la labilité. De temps en temps, de puissantes émergences de processus primaires ressortent sous forme de projection et d'interprétation de la réalité. Ces émergences sous-tendent une fragilité psychique du sujet. En ce qui concerne le registre rigide, on note une référence à la réalité externe, et plus particulièrement les références culturelles, notamment par la prise en compte de la religion. On note aussi les procédés de type obsessionnel, avec les formations réactionnelles et la présence du mécanisme d'isolation. Sur le plan labile, on note un investissement de la relation chez le sujet, notamment sur les relations interpersonnelles, avec introduction des personnages non figurant sur l'image. La dramatisation du récit par l'expression des désirs et des représentations contradictoires, à l'origine des conflits. Au niveau du registre de l'inhibition, il y a l'utilisation du sensoriel montre une défaillance fantasmatique. En ce qui concerne les processus primaires, on note une émergence des processus primaires chez le sujet, des fausses perceptions, des persévérations, des projections massives.

A travers ce protocole, apparaît la problématique dépressive liée à la perte de l'objet d'amour. Toute l'action du sujet se situe dans la recherche de cette fonction d'étayage et de contenance dont l'église offre bien cette fonction essentielle pour le sujet.

En résumé, Angèle pose la question du rapport au réel dans son comportement. La problématique dépressive liée à la perte d'objet d'amour a pour conséquence la recherche d'une fonction d'étayage et de contenance. Cependant, les difficultés rencontrées lors de cette recherche d'objet d'amour peuvent avoir pour conséquence l'expression des pulsions agressives. Ce qui conduit le sujet à des sentiments de culpabilité.

1.2. Cas de Pierre

La pathologie de Pierre est le résultat d'un ensemble de facteurs. L'objectif est non seulement de saisir ces facteurs mais aussi de comprendre le fonctionnement de la personnalité du sujet à partir des tests projectifs.

1.2.1. Pierre, à la recherche de son identité

Le déclenchement de la maladie de Pierre et les conditions dans lesquelles elle survient dépend d'un ensemble de circonstances. En parlant de dépression, Pierre se place d'emblée dans ce qui constitue la trame de sa problématique. Dans ce sens, la dépression peut être comprise comme l'expression d'une souffrance intérieure que vit le sujet. Quels sont les facteurs à l'origine de cette souffrance ?

Pierre se situe dans un conflit relationnel avec sa mère. Ce conflit repose sur le non-respect des interdits et des principes posés par celle-ci. En ce sens, il convient de noter que la mère représente l'image phallique dans la famille (monoparentale). C'est une

mère castratrice car c'est elle qui dicte les lois à respecter à la maison. C'est certainement la raison pour laquelle la mère de Pierre n'est jamais restée longtemps avec ses conjoints (le père de ses enfants). Dans la société *Fang* dont elle est originaire, on peut parler du phénomène d'*Akagha*. Dans cette société, ce phénomène se caractérise par le fait que certaines femmes possèdent un esprit qui ne leur permet pas vivre avec un homme dans leur vie. Pour cela, elles restent célibataires toute leur vie. La violation de ces interdits peut être à l'origine d'un ensemble de conséquences, parmi lesquelles les conflits conjugaux entraînant des ruptures.

On peut noter chez Pierre une absence d'image paternelle. Ce qui peut poser une difficulté identificatoire. A travers les entretiens, on peut noter que Pierre n'a jamais officiellement son père géniteur. Pour cela, il s'accroche à un homme que la mère a connu dans sa vie et qu'il considère comme son père. Dans cette perspective, il y a chez le sujet la recherche d'une image paternelle et identificatoire qui lui permettra de sortir de sa relation duelle et fusionnelle avec la mère. Dans cette relation, la mère est super protectrice son fils qui ne le supporte pas. Cette super protection se caractérise par un investissement affectif de la mère sur Pierre qu'il considère comme son « *fil-chéri* », son espoir et qu'elle l'encourage dans ses études.

Ainsi, c'est cette relation super protectrice mal vécue par Pierre qui a pu être à l'origine du conflit relationnel avec la mère. L'absence d'une figure paternelle stable peut être à l'origine d'une souffrance identitaire pouvant pousser le sujet à rechercher une image identificatoire. Pour cela, pour essayer de palier cette souffrance identitaire, Pierre utilise deux moyens, à savoir la prise des produits toxiques (chanvre, alcool, cigarette) et le désir de devenir religieux (prêtre ou diacre). En ce qui concerne la consommation des produits toxiques ou le « *passage à l'acte toxique* », il serait le résultat d'une souffrance identitaire chez Pierre. D. Derivois (2004)¹⁷² note que l'utilisation de la drogue par le sujet révèle chez le sujet une souffrance identitaire. La consommation fréquente du produit toxique constitue une tentative de symbolisation pour Pierre.

1.2.2. La personnalité de Pierre à travers l'approche projective

Afin de saisir le fonctionnement psychique de Pierre, on va se servir du test de Rorschach qui sera complété par celui du TAT.

1.2.2.1. Approche par le Rorschach

En ce qui concerne le Rorschach, deux niveaux d'analyse semblent essentiels : quantitatif et qualitatif. D'un point de vue quantitatif, il convient d'analyser la productivité, le temps, les modes d'appréhension, les déterminants et les contenus des réponses données par Pierre. On peut noter un nombre restreint de réponses (6) fournies en un temps très court (8'15). Si le temps de réactivité est petit, il faut noter qu'il se situe presque tous autour du temps de latence moyen (13''66). Pour cela, on peut noter deux groupes : d'une part, les planches I, II, III et V qui ont un temps de réaction se situant entre 9'' et 12'', inférieur au temps de latence moyen ; de l'autre, les planches IV et VII qui ont un temps de réaction

¹⁷² Daniel Derivois, *Psychodynamique du lien drogue-crime à l'adolescence*. Paris, L'Harmattan, 2004, 202 p.

aggravé qui est de 20", supérieur au temps de latence moyen. Dans ce sens, que peut signifier l'allongement du temps aux planches IV et VII pour Pierre ? Si la planche IV renvoie à l'image phallique, en revanche, la planche VII s'inscrit dans le cadre des relations à l'image maternelle. En ce sens, quels liens peut-on faire entre ces différents aspects ?

A partir du nombre restreint de réponses observées chez Thomas et la lenteur liée à sa réactivité, on peut se demander si ces comportements sont le résultat d'une élaboration du matériel ? S'agit-il d'une passivité liée à l'importance des stimulus ?

Dans le protocole de Thomas, on peut noter deux modes d'appréhension : le G et le Dbl. Si les réponses G sont supérieures avec 86%, les réponses Dbl représentent près de 13%. Les réponses G peuvent témoigner de l'adaptation du sujet à la réalité objective. Dans le cas de Thomas, leur augmentation peut renvoyer à des mécanismes de défense de type rigide permettant de lutter contre les émergences internes, en recourant à la réalité objective. Cette hypothèse est confirmée par des formes de bonne qualité et de celle des banalités (G F+ A Ban ou G K H Ban). La rareté des réponses K (1) permet de confirmer l'hypothèse de la lutte contre les émergences internes.

En ce qui concerne les déterminants, le F% et le F+% ne sont pas dans les normes avec 83% (60 et 65%) et 50% (70 et 80%). Ce qui montre une difficulté à recourir aux éléments de la réalité objective. En ce qui concerne le F%, son exclusivité est le signe d'un étouffement de la vie affective et personnelle de Pierre. Cela se manifeste par des tendances dépressives. La bonne qualité des formes perçues montre le poids de la réalité sur le sujet. Quant au F+%, sa baisse constitue pour le sujet une difficulté. Pour cela, on peut noter trois points de vue : soit il y a la difficulté à s'adapter dans l'environnement, et par conséquent de socialisation de Pierre ; soit il y a la mise en place des conduites de contrôle de la réalité externe et interne en réduisant leurs manifestations ; soit il y a la difficulté à établir des frontières stables entre le dedans et le dehors.

La réponse donnée à la planche I est de bonne qualité (G F+ Radio). L'analyse du contenu « *...une radiographie* » montre que cette dernière est faite pour voir ce qu'il y a au-delà. Or, Pierre ajoute l'adjectif « brouillée » pour montrer le flou qui existe dans la vision. De ce fait, il peut s'agir du flou de sa propre image, de son identité, de sa socialisation ou de la difficulté à établir les frontières entre le dedans et le dehors.

Cette attitude de contrôle se vérifie la rareté des réponses K qui ne lui permet pas d'exprimer ses fantasmes. Et lorsque cette kinesthésie apparaît à la planche III, il y a une indétermination du verbe : « *... qui sont en train de faire des choses dans les calebasses....* ». A ce niveau, on peut se dire que Pierre évite de préciser l'action pour ne pas laisser exprimer ses pulsions. A l'enquête, apparaît la problématique de l'oralité (« *préparation* »). Chaque fois, Pierre est toujours resté dans l'imprécision comme à la planche II : « *...ça ressemble un peu à ça. Mais ça, c'est la suite...* ». Quand il s'aventure à donner des réponses précises, aux planches qui posent problème, on peut noter soit des formes de mauvaise qualité comme à la planche VII : « *On dirait que ça c'est la radiographie des reins* » ; soit il y a une angoisse qui apparaît comme à la planche IV : « *ça peut avoir la forme d'un insecte nocturne qui est fait en noir* ».

En ce qui concerne le pôle sensoriel, il n'est pas représenté ($\Sigma C= 0$; $\Sigma E= 0$). Ce qui

permet de noter un fonctionnement de type introversif. Dans cette perspective, s'agit-il d'une inhibition ou d'une pauvreté des affects chez Pierre ? On peut dire qu'il y a inhibition chez Pierre. Car au-delà de la lenteur, on peut dire que les sollicitations des planches pastel troublent et perturbent le sujet. Ces sollicitations sont tellement fortes qu'elles se manifestent par des refus aux planches pastel.

Deux formes de contenu sont utilisées par Pierre : A et H. Ces contenus expriment la forme d'orientation des investissements de Pierre qui se situe d'une part dans le sens de l'adaptation au monde social (A%= 40). Cette socialisation se caractérise par la qualité de la réponse qui est bonne et banale de la planche V : « *ça ressemble à une chauve-souris, un animal* ». Cependant, s'il existe une bonne adaptation par rapport à l'environnement, on peut noter l'expression d'une angoisse par rapport à l'image phallique comme on peut le voir à la planche IV : « *ça peut avoir la forme d'un insecte nocturne qui est fait en noir* ». D'autre part, on peut voir chez Pierre la capacité à s'identifier à une image humaine entière que montre la réponse banale et de bonne qualité donnée à la planche III : « *On dirait deux personnes qui sont en train de faire des choses...* ». Cependant, il n'y a pas d'identification sexuelle. Ce qui s'inscrit dans la volonté à contrôler mis en place par le sujet.

D'un point de vue qualitatif, lors de la passation, on peut noter que Pierre verbalise peu. Cette restriction verbale va dans le sens de la restriction observée dans le protocole. Si le discours de Pierre est clair, il est concis. Le pronom « *Je* » apparaît seulement quand il fait commentaire ou ne donne pas de réponse ou ne sait pas comme c'est le cas par exemple à la planche III : « *On dirait deux personnes.... Je ne sais pas ce qu'il y a autour* » ou à la planche VIII : « *Je ne sais pas de quoi il s'agit. C'est une image reproduite comme une symétrie* ». Le « *Je ne sais pas* » montre la conscience de l'interprétation de Pierre. Toutes les réponses sont accompagnées d'une précaution verbale : « *On dirait* », « *ça peut avoir la forme* », « *ça ressemble* », « *comme si* », « *c'est un peu comme* », etc. L'incapacité à donner une réponse entraîne parfois le sujet à se situer dans une position d'infériorité. Ce qui le conduit de temps en temps à faire des remarques Symétrie et de regarder derrière la planche. Pour cela, on peut noter des tentatives de réponse basées sur des persévérations. On ne note aucune référence au psychologue clinicien. Ce qui pose la question du transfert avec le sujet.

Ainsi, à partir de ces éléments qualitatifs, on peut voir que Pierre essaie de contrôler ses pulsions agressives. Ce contrôle a pour conséquences soit le retournement contre soi se caractérisant par une incapacité à donner des réponses, soit en projetant sur l'objet persécuteur toute l'agressivité.

D'un point de vue qualitatif, on va analyser les différents facteurs dans le but proposer des interprétations. Dans le protocole de Pierre, seules les réponses globales existent. Elles apparaissent aux planches I, III, IV, V et VII. Ces réponses G sont simples. Associées la plupart du temps à des formes de bonne qualité et à des banalités, les réponses G témoignent de l'existence d'un bon ancrage de Pierre à la réalité. En ce qui concerne l'activité cognitive, elles sont le résultat de l'existence d'une approche globale et synthétique des objets. Mais l'exclusivité de ces réponses montre l'existence chez le sujet des mécanismes de type rigide permettant de lutter contre les émergences internes.

Si la tentative d'organisation de la réponse G à la planche III témoigne d'une opération perceptive et dynamique, elle s'inscrit aussi dans le sens du contrôle des affects, notamment par l'intellectualisation (« ...*faire de la préparation...* »). L'apparition des réponses G aux planches I et V témoigne de l'existence d'une représentation de soi, d'une identité construite chez Pierre, malgré quelques difficultés qui rendent floue son identité. Que peut signifier l'apparition des G aux planches III et VII (non compactes) ? Peut-il s'agir d'un refus de représentation de relations afin de ne pas exprimer des mouvements libidinaux ?

Ainsi, l'utilisation des réponses G par Pierre s'inscrit dans une perspective défensive. Ce qui lui permet de ne pas s'inscrire dans des représentations de relations, et par conséquent d'éviter toute identification et tout conflit relationnel.

En ce qui concerne les déterminants, la rigidité des mécanismes utilisés par Pierre rend un contrôle formel satisfaisant. Cependant, on peut noter deux réponses qui ne sont pas de bonne qualité, à la planche IV : « *ça peut avoir la forme d'un insecte nocturne qui est fait en noir* » et VII : « *On dirait que ça c'est la radiographie des reins* ». Si la planche IV fait référence à des représentations de la puissance phallique, la planche VII fait allusion aux relations à l'image maternelle. Que peuvent signifier ces deux planches pour le sujet ? En ce sens, la mère, objet phallique, peut être considérée comme source d'angoisse et d'agressivité chez Pierre. Agressivité qu'il essaie de contrôler et de manier.

La réponse kinesthésique qui apparaît à la planche III essaie de dynamiser la démarche intellectuelle chez Pierre. Cette démarche ne va pas à son terme car Pierre contrôle la situation ; il reste dans l'indétermination : « ... *sont en train de faire des choses dans les Calebasses...* » qui va se terminer à l'enquête : « *C'est comme s'ils font de la préparation dans les Calebasses* ». Ainsi, il y a chez le sujet un effort d'élaboration du conflit en luttant contre les pulsions par les mécanismes de formation réactionnelle et d'intellectualisation.

Au niveau de la dynamique conflictuelle, l'analyse du Type de Résonance Intime et de ses composantes permet de noter que Pierre a un fonctionnement de type introversif (1K/0C). Même s'il y a introversion, il ne s'agit pas d'un fonctionnement interne très intense, dynamique et créateur.

Les réponses kinesthésiques sont limitées chez Pierre. La seule réponse K apparaît à la planche III et c'est une réponse humaine : « *On dirait deux personnes qui sont en train de faire des choses dans les Calebasses. Je ne sais pas ce qu'il y a autour* ». D'un point de vue formel, on peut dire qu'il s'agit d'une perception correcte et banale. Le mouvement projectif est fort et relationnel. L'identification sexuelle des deux personnes est indéterminée. Cette indétermination existe aussi dans le mouvement projectif par le verbe utilisé : « ...*sont en train de faire des choses dans les Calebasses...* ». C'est à l'enquête que le sujet essaie de donner plus de précision : « *C'est comme s'ils font de la préparation* ». Devant une situation gênante, la référence à la préparation peut signifier une défense, une formation réactionnelle, pour contrôler les pulsions agressives existant chez Pierre. La préparation renvoie à la cuisine, donc à l'existence des pulsions orales chez le sujet.

La suite de la passation du test donne aux planches IV et V des réponses faisant

allusion à des animaux que le sujet considère comme menaçants. Ce que Pierre arrive à dire en ce qui concerne l'enquête des choix négatifs, à la planche IV : « *C'est un insecte nocturne et la plupart des insectes nocturnes sont nuisibles* » et à la planche V : « *C'est une chauve-souris, animal nocturne. Ça symbolise le vampire, animal nuisible* ».

Ainsi, la réponse K traduit la capacité de Pierre à élaborer les conflits, à l'origine d'un trouble ou d'une gêne. D'où l'utilisation des défenses citées précédemment. L'indétermination des choix identificatoires peut-elle être liée aux identifications sexuelles conflictuelles ? Dans ce sens, l'angoisse, les refus observés à certaines planches, la rigidité des mécanismes utilisés permettent-ils d'exprimer cette difficulté identificatoire ?

Dans le cas des réponses sensorielles, ce qui frappe d'emblée dans le protocole de Pierre, c'est l'absence pratiquement des réponses faisant référence à la sensorialité. De ce fait, peut-on dire que Pierre est une personnalité peu sensible ou repliée dans son monde imaginaire ?

A la planche II, première planche chromatique, on note l'existence d'un choc certainement lié à la couleur. Cette situation entraîne d'abord un regard derrière la planche, montrant la présence d'une gêne ; ensuite, l'absence de réponse exprime le degré de trouble du sujet. Même l'enquête n'a pas pu lever ce trouble car la réponse donnée repose sur un doute et une mauvaise forme. Ainsi, à cette planche, ni la couleur rouge, ni la noire n'est recherchée. Il en va de même pour la planche III.

Aux planches pastel, ce choc se poursuit et on peut observer une absence de réponse, même si on peut noter un commentaire à la planche IX : « *C'est en couleur...* ». A la place des réponses, on peut noter soit des commentaires, soit des dénégations (« *Je ne sais pas* »). Ainsi, Pierre se caractérise par une inhibition ou un contrôle des mouvements agressifs et libidinaux liés aux stimulations externes intenses. Dans ce sens, le renforcement défensif, en particulier l'enquête de la planche II, privilégiant la lacune intermaculaire, s'inscrit bien dans cette dynamique de défense.

En résumé, l'analyse du cas Pierre fait ressortir plusieurs enseignements. Sur le plan diagnostique, il s'agit d'une organisation névrotique. Si le rapport au réel est de bonne qualité, il s'agit plus d'un rapport formel. On peut noter l'absence d'un investissement psychique, de scénarios fantasmatiques. Les activités imaginaires sont bloquées.

D'un point de vue défensif, on note des mécanismes appartenant au registre rigide comme le refoulement, la formation réactionnelle, les dénégations. Ces mécanismes de défense sont tellement forts qu'ils empêchent le sujet d'avoir recours à ses potentialités intellectuelles. Ce qui est à l'origine d'un verrouillage fantasmatique. D'un point de vue dynamique, les représentations conflictuelles sont réduites au minimum, montrant l'importance des défenses mises en place, et par conséquent, l'intensité des conflits. Le conflit porte sur le contrôle de l'agressivité et l'angoisse de castration. Celles-ci sont à l'origine des difficultés que rencontre Pierre dans le choix d'identifications sexuelles.

La lutte perpétuelle contre l'expression des affects et la rigidification des mécanismes en place peut conduire à une aggravation de la situation. La porte de sortie pour Pierre pour le moment est l'utilisation de la religion et celle des produits toxiques.

Comment ce conflit et l'angoisse de castration peuvent-ils s'exprimer à travers le

TAT ?

1.2.2.2. L'apport du TAT pour la compréhension du fonctionnement psychique de Pierre

En ce qui concerne le TAT de Pierre, plusieurs caractéristiques ont pu être repérées dans son fonctionnement. On peut noter une dominance des registres du contrôle et de la labilité. De temps en temps, on peut noter l'existence de légers mouvements d'inhibition, des détails narcissiques. Les processus primaires viennent rendre perméable une pensée un trop rigide.

Dans le registre rigide, on note une utilisation de la réalité externe accompagnée des précautions verbales, de l'attachement aux détails, avec des précisions temporelles et spatiales, des affects minimisés. Tous ces éléments font penser à un registre obsessionnel du fonctionnement psychique. Ces éléments peuvent être considérés comme des défenses mises en place afin d'être à distance avec l'objet et de contrôler les conflits intrapsychiques. Ce contrôle se caractérise par une lutte contre les émergences fantastiques qui peuvent apparaître sous formes d'agressivité ou d'expressions crues en rapport avec la mort. Dans le registre labile, en mettant l'accent sur les relations interpersonnelles parfois érotisées et en introduisant des personnages, il existe une expression des affects, parfois contrastés, au cœur de la conflictualisation. Ce qui vient rendre plus expressifs les conflits intrapsychiques du sujet.

En ce qui concerne l'inhibition, on note une tendance à la restriction liée parfois au long temps de latence, et surtout à la diminution de la verbalisation. Dans ce sens, l'inhibition permet de refouler les représentations inacceptables tant au niveau agressif que libidinal. Ce procédé conduit à une paralysie de la pensée chez le sujet. En ce qui concerne les procédés de la série CN et CM, on note une idéalisation de l'objet, avec sa fonction d'étayage rendant compte d'une lutte anti-dépressive. Cette idéalisation de l'objet a pour but de contre investir un narcissisme défaillant, tout en réduisant au minimum les expressions pulsionnelles. Dans le registre des processus primaires, on note des altérations de la perception. Celles-ci se caractérisent par des fausses perceptions, avec parfois scotome d'objet. Ces perceptions altérées sont accompagnées d'une projection massive, avec expressions crues en rapport avec la mort. Elles peuvent être considérées comme le prolongement des modalités labiles.

La problématique de perte de l'amour de l'objet est au premier plan. Les liens à l'image maternelle, très forts, sont sous-tendus par un conflit relationnel ravivant une angoisse archaïque dépressive, malgré sa capacité de contenance. Ce qui va faire écho ou réveiller les angoisses archaïques vécues par le sujet. L'image paternelle possède une fonction étayante et idéalisée pour le sujet.

En résumé, Pierre se situe dans une problématique de perte d'objet qui ravive une angoisse archaïque. Ce qui entraîne chez lui une lutte perpétuelle contre l'émergence des pulsions agressives et libidinales. L'utilisation de la religion et la consommation des produits toxiques constituent alors pour Pierre une issue.

1.3. Cas de François

1.3.1. De la dépersonnalisation à l'installation des mécanismes psychotiques

Quelques éléments semblent importants pour essayer de comprendre les mécanismes en cause dans le déclenchement de la maladie de François. Pour cela, l'anamnèse, la relation individu-groupe (famille) et les représentations culturelles vont permettre cette compréhension.

L'anamnèse du sujet montre parfois un discours incohérent, confus et imprécis. Mais à partir de certains éléments comme le divorce, les déceptions et les conflits conjugaux liés au décès du fils aîné, la déstabilisation liée au divorce des parents, François fait allusion à ce qui constitue la trame de sa problématique. Ce sont toutes ces difficultés personnelles et familiales qui vont être à l'origine de l'état dépressif que vit le sujet. On peut alors parler de dépression psychogène. Le déclenchement de la maladie de François a pu être facilité par la période de l'adolescence qui est une période très particulière de la vie du sujet. Car elle permet non seulement l'entrée dans la vie adulte mais elle peut aussi déterminer le passage dans le pathologique ou dans le normal. L'ensemble de remaniements liés à cette période de la vie, il y a la naissance des sentiments de perte. A tel point que pour E. Kestemberg (1962)¹⁷³, il ne peut y avoir d'adolescence sans dépression. Ces deux événements vécus par le sujet ont-ils pu être à l'origine de l'expression de l'état pathologique de François ?

A partir de la déception sentimentale, François commence à vivre une dislocation continue de son être au monde. Au départ, cette dislocation est vécue de façon intense et spectaculaire, avec toutes les pulsions qui assaillent, contre lesquelles François est obligé de se battre. Le tableau clinique qui nécessite son hospitalisation est très éclairant : présence d'un syndrome de dépersonnalisation accompagnée des idées d'envoûtement diabolique et magique, de délire de persécution, etc. Cet ensemble de symptômes appelle à un diagnostic d' « *épisode psychotique aigu* ». Ce tableau clinique va persister avec le temps renvoyant ainsi à une chronicisation avec une perturbation permanente et plus ou moins évolutive de la personnalité.

On peut noter, à travers le délire de François, la thématique de l'envoûtement en rapport avec les notions de « *diable* », de « *magie* » : « *mon beau-frère est franc-maçon, il fait de la magie...j'avais retrouvé une dame-jeanne pleine de sang. En cassant la dame-jeanne, j'avais fini par perdre la tête...* » ; de délire de persécution et mystique : « *...je me disais que c'était le sang de Jésus et il fallait que je casse...j'ai trouvé des fétiches, des amulettes. C'est ça qui m'a fait pété les plombs. J'étais devenu agressif...* ». Ce sang servi pour faire de la magie est confondu par celui du personnage biblique (Jésus-Christ).

La persécution repose sur les idées de franc-maçonnerie, des fétiches, amulettes. Ces thématiques sont liées aux idées superstitieuses vécues par le milieu familial et social. La maladie de François a conduit la mère à aller prier à l'église ou consulter le *nganga*. Au cours des entretiens, il convient de noter ce que M. Wawrzyniak (2000)¹⁷⁴ appelle les « *effets actifs d'un ludisme sous télescopage* ». A travers ce mécanisme, le sujet fait se télescoper les noms de « *franc-maçonnerie* », « *pharmacie* » et

¹⁷³ Evelyne Kestemberg, L'identité et l'identification chez l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1962, pp. 441-522.

« médicament » pour donner : « pharmamédication » ou « pharmacopée médicamenteuse », c'est-à-dire qu'à « travers un médicament, elle peut te guérir comme te faire du mal ». François attribue cette capacité à sa mère.

Ce ludisme peut avoir pour fonction qui est celle de mieux maîtriser ou éloigner l'angoisse qui l'envahit, et particulièrement dans sa relation avec la mère. Celle-ci est perçue avec une certaine ambivalence : une mère vécue à la fois comme bonne et mauvaise ; comme protectrice et persécutrice ; celle qui guérit et qui détruit. Le ludisme avec les mots révèle aussi sa capacité d'abstraction liée à son niveau d'étude et une culture générale assez élevés. Sa grande mémoire le conduit à faire allusion à une partie de son séjour en France durant son enfance. Cette capacité d'abstraction ou intellectualisme essaie de se révéler au cours de nos entretiens.

François exprime à certains moments des sentiments de culpabilité qui peuvent être liés au fait d'avoir commis une faute. Ce qui montre par conséquent l'existence d'une instance surmoïque, des représentations familiales ou sociales. En tant que chrétien, de surcroît protestant, François a dû se rendre compte que certains de ses actes étaient immoraux, d'où le sentiment de culpabilité existant. Il y a la culpabilité d'être allé dans le bureau de son beau-frère et d'avoir cassé la dame-jeanne de sang et le non-respect des règles est source d'angoisse, des troubles.

1.3.2. François vu à travers le Rorschach et le TAT

Deux tests vont me permettre de comprendre la personnalité de François. Si le Rorschach va être utilisé pour une analyse approfondie, le TAT le sera pour un contrepoint.

1.3.2.1. Approche par le Rorschach

En ce qui concerne le Rorschach, on peut repérer deux niveaux d'analyse : quantitatif et qualitatif. Sur le plan quantitatif, l'analyse du psychogramme de François montre une production normale avec 27 réponses fournies en un temps très court (8'06). L'analyse des temps de réaction montre une rapidité dans l'expression. Cela s'explique par le temps de latence moyen très court qui est de 6 secondes entre la présentation de la planche et l'apparition de la réponse. En ce sens, on peut noter deux groupes en ce qui concerne le temps de réactivité : celles qui ont un temps de latence plus court, inférieur à 6 secondes, se situant entre 2" et 4" (I, II, III, V, VI, VII et VIII) et celles dont le temps de réaction est plus long, c'est-à-dire supérieur à 6 secondes, se situant entre 9" et 20" (IV, IX et X). De ce fait, l'allongement du temps de réaction aux planches IV, IX et X possède quel sens ?

La planche IV renvoie à l'image phallique, c'est-à-dire à l'ensemble de représentations associées à la puissance phallique. Quant à la planche IX, archaïque, fait référence aux relations maternelles précoces. La planche X est celle de l'individuation et de la séparation. Quels liens ces planches peuvent-elles avoir avec la problématique du sujet ? A quoi peut renvoyer la rapidité de la réaction qui caractérise le comportement de François ? S'agit-il pour le sujet le résultat d'un désir de se faire passer pour intelligent ou

¹⁷⁴ Michel Wawrzyniak. Dissociation et temps vécu dans les psychoses débutant à l'adolescence. Approche phénoméno-structurale. *Evolution psychiatrique*, 2000, 65, pp. 37-54.

d'une attitude hypomaniaque ? Cette rapidité relève-t-elle d'une activité qui éviterait au sujet de se laisser submerger par la planche ?

Ainsi, l'analyse des données quantitatives temporelles et de la productivité soulève la question des conduites actives de François face à un stimulus. C'est ce qu'on va tenter de confirmer au cours de la suite de l'analyse et les facteurs responsables de cette rapidité.

L'analyse des modes d'appréhension permet de noter l'existence de tous les modes : G, D, Dd, Dbl. Seulement, il convient d'observer que le pourcentage des réponses D (44%) est inférieur aux normes (60%). Ce qui pourrait signifier un moindre ancrage dans la réalité concrète. Cela se justifie par le fait que ces réponses D sont associées à des formes de mauvaise qualité (8/12 F-). Cette hypothèse peut se justifier par la présence des contenus en référence avec le monde irréel (4 réponses (H)) et un nombre banalités bas (15%).

L'importance des réponses G associées à certaines représentations irréelles, à certains contenus symboliques, d'abstraction et des références personnelles permet de faire l'hypothèse d'une vie intérieure fantasmatique active chez François.

Les déterminants F% et F+% ne se situent pas dans les normes avec 70% et 47. Ce qui pourrait signifier que François n'a pas suffisamment recours aux éléments de la réalité objective. Autrement dit, il n'est pas ancré dans la réalité. L'utilisation des représentations irréelles (4 réponses (H)), des kinesthésies (une majeure et deux mineures) peut laisser supposer l'hypothèse de kinesthésies à valeur délirante, montrant une perte de contact avec le réel.

La représentativité du pôle sensoriel ($\Sigma C = 1,5$ et $\Sigma E = 0,5$) par rapport au pôle kinesthésique ($\Sigma K = 1$ et $\Sigma k = 2$) exprime le fonctionnement psychique de type extratensif de François. Cette recherche de contact et de réactivité aux stimulations émotionnelles est ce qui caractérise François dans sa vie. De ce fait, quel sens donner à cette réactivité ?

A partir de l'analyse des planches pastel, on note un long temps de réactivité aux planches IX et X. Le temps de latence moyen est d'environ 10 secondes. Alors qu'il est de seulement 4 secondes pour les autres planches. Malgré l'existence de cette légère lenteur, on peut dire que la réactivité soulève la question de la fragilité des barrières entre le dedans et le dehors. De même, la réactivité montre l'influence due aux stimulations externes et aux échos internes occasionnés par ces stimulations.

En ce qui concerne les contenus, deux grandes rubriques de contenu sont utilisées par François. Il s'agit des réponses A et des réponses (H). Ces contenus témoignent d'une double orientation des investissements du sujet : dans le sens de l'adaptation au monde social et dans celui d'une vie imaginaire coupée de la réalité. Le pourcentage des réponses A se situe dans la norme (47%). L'analyse de ces réponses permet de comprendre que le sujet est soit dans l'adaptation avec des formes de bonne qualité, soit dans le conformisme avec des formes de mauvaise qualité. A ce caractère socialisant, s'ajoute l'appartenance du sujet au monde mythique et symbolique.

Les réponses (H) constituent la majorité des réponses H (4 réponses sur 5). L'analyse de ces réponses (H) montre que le sujet fait référence aux entités religieuse

« *ange* », « *démon* ») et imaginaire (« *spectre* »). A la planche IV, on peut même noter que la réponse (H) est associée à une fantasmagorie morbide : « *Ça, ça, ça fait penser à quelque chose de démoniaque* ». Cette fantasmagorie sert de support à la projection d'un vécu persécutif. Ainsi, la présence des réponses (H) vient signifier la référence à un monde imaginaire. Ce qui permet de mettre l'accent sur l'intériorité du sujet.

L'ensemble des éléments qualitatifs permet de noter chez François une verbalisation par excès. Son discours est clair. Le sujet parle à la première personne dès la planche I. Les formulations suivantes montrent sa conscience d'interprétation : « *...ça me fait penser...* », « *je vois* ». Cette utilisation de la première personne aboutit aux références personnelles dans lesquelles François raconte les difficultés de sa vie sexuelle avec son épouse à la planche III. Ce qui aboutit à une culpabilité par rapport à l'acte commis qui continue à le travailler. A ce niveau, on peut noter l'importance du transfert dans la relation et qui a pu permettre à François de raconter son histoire.

On peut noter la référence au clinicien à la planche I : « *Je continue toujours ?* » et une référence indirecte à la planche VIII : « *...comment ça s'appelle ?* ». Il me semble que la première demande s'inscrit dans la recherche de l'arrêt des réponses. Car à la première planche, on a l'impression que François ne peut pas s'arrêter de donner des réponses. Et la demande faite au clinicien lui permet d'arrêter après. Alors que la deuxième sollicitation peut s'inscrire dans une recherche de contact relationnel. A travers cette relation transférentielle, il y a un retournement de l'agressivité contre soi, dans un mouvement de culpabilité.

Le sujet se reproche avoir commis des actes répréhensibles à l'égard de son épouse. C'est à la planche III que se manifeste cette culpabilité, notamment à l'enquête. Dans un mouvement projectif, cette agressivité est attribuée à « *quelque chose de démoniaque* » à la planche IV. A travers la verbalisation, on a aussi de nombreuses précautions verbales : « *...ça fait penser à...* », « *...on aurait dit...* », « *...on peut voir comme...* » ; des interjections : « *ça !* », « *Alors là !...* », « *Beh, ça !...* » qui marquent l'étonnement ou la gêne ; des oppositions : « *Là, par contre...* » ; des alternatives : « *...ou bien...* ».

Ainsi, à travers ces éléments qualitatifs, on peut noter l'intérêt du sujet pour à se mettre en relation avec l'environnement. En même temps, on peut noter certaines difficultés chez François liées au maniement de l'agressivité. Soit celle-ci se retourne contre lui et se manifeste par la culpabilité, soit cette agressivité est projetée, par défaut de contrôle, sur l'objet qui est perçu comme un persécuteur.

D'un point de vue qualitatif, on va analyser les différents facteurs dans le but proposer des interprétations. Dans le protocole, on peut noter principalement deux modes d'appréhension, à savoir les G, D.

En ce qui concerne les réponses G, elles sont les plus nombreuses et apparaissent aux planches I, III, IV, V, VII et VIII. En revanche, elles sont absentes aux planches, elles sont absentes aux planches II, VI, IX et X. Toutes ces réponses G sont des représentations simples qui ne témoignent pas d'un grand effort d'élaboration. De ce fait, on peut dire qu'il y a une prise de connaissance globale et synthétique qui montre un fonctionnement de type passif. La présence des banalités aux planches I et V montre un certain conformisme ou une adaptation à la réalité objective afin de lutter contre les

émergences de la réalité interne.

A l'inverse, la réponse de la planche III : « *Ça fait penser à deux êtres qui s'aiment d'un amour uni pour le meilleur et pour le pire et deux êtres qui ont la même souffrance, leur souffrance est partagée quoi* », repose sur une projection liée à des références personnelles du sujet. Il s'agit d'une organisation de la réponse par le sujet. Par le recours de l'abstraction, cette organisation de la représentation met en évidence la fuite du réel. La mauvaise qualité formelle montre bien l'importance des fantasmes accordée par le sujet. Ce qui traduit un désinvestissement objectal et un repli narcissique.

Sur le plan conflictuel et de la problématique, il y a chez le sujet la reconnaissance d'un objet total différencié. Même si on peut parfois noter un empiétement du monde interne sur la réalité externe.

Les réponses en D sont aussi nombreuses. Elles apparaissent principalement aux planches II, IV, VI et IX, malgré le fait qu'elles soient des planches compactes favorisant une approche globale et unitaire. Ce qui peut traduire une certaine perturbation liée à l'impact du contenu latent des planches.

A la planche II, l'influence de la couleur conduit à plusieurs contenus : sexe, anatomie et symbole. Ce qui peut s'expliquer par la capacité pour le sujet à lutter contre le trouble dû au matériel. En effet, à partir de ces réponses, on peut noter un rapproché libidinal cru se basant sur l'association entre le « *sexe de la femme* » et l'image phallique représentée par la « *croix* ». Et cela, malgré l'existence d'une tentative de contrôle chez le sujet (FC). A la planche VI, planche de symbolisme sexuel, on note aussi la persistance de la même problématique qu'à la planche II. Le « *totem indien* », dans la partie supérieure, représente l'image phallique. Celle-ci est associée à la « *peau de bête* », représentation sexuelle féminine. C'est à la planche IX, notamment à la deuxième réponse, que le mouvement pulsionnel est plus intense : « *...A la guerre d'Hiroshima, à la bombe atomique...* ». La projection sur l'objet du mouvement montre l'existence chez le sujet d'une excitation corporelle, source d'une tension et de sa décharge.

Ainsi, la présence des réponses D soulève la question du morcellement de l'image du corps du sujet. Elle montre aussi l'importance de la problématique sexuelle présente ravivée la signification des planches. En ce sens, les réponses G constituent un moyen pour le sujet de lutter contre l'émergence de ces pulsions.

Du point de vue des déterminants, le contrôle formel n'est pas satisfaisant. Plus de la moitié des réponses données sont de mauvaise qualité. Ces réponses se retrouvent à travers toutes les planches, sauf aux planches VI et VIII. Parmi ces réponses de mauvaise qualité, on a celles en rapport avec les planches II : « *...Et là dessus, une croix...* », VI : « *...Alors là !, ça fait penser à un totem indien, à un masque* », et IX : « *... Ici, ça me fait penser au ciel* », déjà évoquées ci-dessus. Ces planches mettent en avant une problématique en rapport avec l'angoisse de castration où c'est la pointe médiane (« *croix* », « *totem* ») qui est investie comme symbole phallique.

La rareté des K peut poser la question du dynamisme de la démarche intellectuelle. En effet, on peut noter qu'il n'y a pas de recours à l'imaginaire mais plutôt à des symboles collectifs (« *croix* », « *films* », « *dessins animés* »). Ces symboles sont collectifs ou figés. Ce qui permet au sujet une élaboration des conflits. Cette élaboration passe par un

ensemble de moyens, notamment l'abstraction, le symbolisme. Ainsi, ce sont ces mécanismes de type rigide qui permettent d'aménager les conflits auxquels est confronté François.

En ce qui concerne les facteurs de socialisation, ils sont peu présents, avec un D% peu élevé (44%), la rareté des banalités (4). Si le F+% (47%) ne s'inscrit pas dans les normes, il en va autrement du A% qui paraît normal (37%). Ce qui voudrait dire que même si François a du mal à diriger sa pensée, avec une attention claire et un jugement correct, néanmoins, il reste socialisé. Cette socialisation porte plus sur une acceptation des contraintes que lui impose le milieu. C'est ce dernier qui génère la souffrance, à l'origine d'un repli dans un monde parfois irréel.

En ce qui concerne la dynamique conflictuelle, l'analyse du Type de Résonance Intime et de ses composantes permet de noter que François a un caractère extravertif. C'est l'importance de la sensorialité et des réponses couleur qui participent au fonctionnement mental, non seulement dans ses rapports avec lui-même mais aussi dans ses relations avec le monde extérieur.

Les réponses kinesthésiques sont essentiellement composées de deux petites kinesthésiques, parmi lesquelles on a : une kinesthésie animale et une d'objet.

En ce qui concerne la kinesthésie animale, elle apparaît à la deuxième réponse de la planche VII : « *On aurait dit un papillon qui vole dans le ciel* ». D'un point de vue formel, la perception est correcte. Sur le plan projectif, il y a un mouvement pulsionnel qui est en rapport avec la réalisation magique d'un désir (« *qui vole dans le ciel* »). Ici, est prise en compte la dimension narcissique du sujet. Ainsi, par le biais du mécanisme de déplacement, peut-on parler d'une recherche de liberté chez François qui se situerait dans une relation symbiotique ou fusionnelle ? Ou s'agit-il d'un sentiment lié à la perte suite au vol ? Dans ce cas, on peut parler aussi de formation réactionnelle, vu la signification symbolique de la planche (relations à l'image maternelle).

Pour la kinesthésie d'objet, on la retrouve à la planche IX : « *...A la guerre d'Hiroshima, à la bombe atomique...* ». D'un point de vue projectif, le mouvement est fort et violent. Pour certains, cette réponse est le signe de recherche d'une libération sexuelle. Alors que pour d'autres, il est le résultat d'une inhibition de la femme chez l'homme ou encore renvoie à une excitation corporelle. Dans tous les cas, cette réponse kob renvoie à un mouvement pulsionnel violent.

Ainsi, on peut noter une référence narcissique du sujet que manifeste l'absence de choix identificatoire. Cette référence narcissique exprime le désir de liberté par rapport à l'image féminine, comme on a pu le voir aux planches sexuelles. A la planche VI, les deux réponses sont interprétées chacune en tenant compte des représentations sexuelles. L'expression pulsionnelle renforce la culpabilité liée à l'angoisse de castration. Dans cette perspective, les réponses kinesthésiques sont des voies expressives à valeur libérante pour le sujet. Elles témoignent de l'activité du Moi.

Les réponses sensorielles sont les plus nombreuses par rapport aux réponses kinesthésiques. L'importance des réponses sensorielles chez le sujet justifie l'existence d'une personnalité très sensible, ouverte au monde. Cette hypothèse confirme l'ensemble des éléments rencontrés dans l'analyse des manifestations qualitatives, notamment à

travers la première planche chromatique (planche II). Le temps de latence très court, l'interjection émise, les deux réponses sensorielles : « ...ça fait penser au sexe de la femme... » et « ... aux poumons... » sont dictées par la couleur rouge. Ces réponses montrent un certain impact de l'environnement sur le sujet. Cet impact sera encore plus net aux planches pastel, et en particulier aux planches IX et X où on peut voir une perturbation liée aux échos internes de stimulations externes plus importantes.

L'analyse des réponses fournies aux réponses couleur permet de noter une dimension pulsionnelle libidinale importante. A la planche II, le sujet donne deux réponses dont une possède un contenu à valence sexuelle féminine : « *Bein ça !, ...ça fait penser au sexe de la femme* » et l'autre à valence sexuelle masculine : « *Et là dessus, une croix* ». Les deux réponses associées peuvent renvoyer à un fantasme de coït. Quant à la planche III, il y a un déni de la représentation agressive. Aucune réponse intégrant le rouge n'est donnée. Le contenu abstrait vient dénier l'existence des pulsions libidinales existant chez le sujet.

Alors que dans les planches pastel, il existe une seule réponse couleur, celle de la planche IX : « *Ça me fait penser au cœur, aux poumons* » qui est contenue par une forme (FC). Ce sont les réponses formelles qui sont dominantes. A la planche VIII, le contenu de la dernière réponse fait ressortir une pulsion agressive (« *...deux animaux qui sont attachés...* ») liée certainement au caractère sensible de l'image. A la planche IX, planche de l'imgo maternelle, il y a une tentative de maîtrise de l'agressivité à la première réponse. Puis, il s'ensuit une expression de l'agressivité dans la deuxième réponse. Ici, il y a une forte régression du sujet se caractérisant par une agressivité liée aux relations précoces. A la planche X, le contre-investissement de l'agressivité par le contenu « *ange* » dont le but est d'« *apporter beaucoup de choses pour l'amour des êtres humains* » et non la haine ou l'agressivité.

Ainsi, il convient de noter que François est sensible au monde extérieur. Malgré cette sensibilité, on peut noter une restriction des affects suite à l'utilisation d'un monde imaginaire ou irréel. Ce qui permet de contre investir le monde interne, en essayant de maîtriser les affects.

En résumé, on peut retenir quelques points essentiels issus de l'analyse et de l'interprétation de ce cas. Sur le plan psychopathologique, il peut s'agir d'une organisation limite, dans un versant psychotique. Cette organisation se caractérise par une perte de contact avec la réalité. Le monde imaginaire, les fantasmes du sujet prennent le dessus sur la réalité objective. De cette organisation, on peut noter un ensemble de mécanismes de défense tels le déni, l'abstraction, l'isolation, la projection, etc. Au niveau pulsionnel, il y a des mouvements pulsionnels agressifs et libidinaux forts et bouleversants. Ce qui est à l'origine de l'utilisation des défenses afin de combattre leur intensité. Au niveau conflictuel, on note un maniement de l'agressivité due à un malaise. La répétition de la lutte contre l'expression des affects pourrait se durcir et entraîner une rigidification des comportements du sujet. Ce qui pourrait conduire à des conduites plus sensibles.

1.3.2.2. L'approche thématique du fonctionnement psychique de François

A travers ce protocole, on peut noter la présence d'une angoisse de perte d'objet d'amour

dont les origines remonteraient à l'enfance du sujet. Malgré un contrôle de la situation, l'investissement de la réalité interne peut parfois conduire à l'émergence des processus primaires.

Les procédés dominants appartiennent aux registres du contrôle et de la labilité. De temps en temps, surgissent quelques mouvements narcissiques et des mouvements projectifs intenses qui viennent faire vaciller la capacité de contrôle du sujet.

Dans le registre rigide, on note une multiplication des références à la réalité, avec une description des détails (A1-1). Cette description repose sur un investissement de la réalité interne, avec un recours au fictif (A2-1). Ce qui est l'expression de l'existence des conflits intrapsychiques (A2-4) qui sont parfois annulés (A3-2). Quelques mécanismes comme les précautions verbales, les remâchages viennent renforcer le caractère obsessionnel de la pensée mais expriment aussi la tentative de maîtrise de l'angoisse de perte qui envahit le sujet. Ces procédés rigides, souvent inefficaces, conduisent à l'émergence de procédés de type labile.

En ce qui concerne les procédés de type labile, ils se caractérisent par un fort investissement de la relation, notamment par la mise en avant des relations interpersonnelles (B1-1) et l'introduction de personnage non figurant sur l'image (B1-2). Ce qui aboutit non seulement à l'expression des affects (B1-3) mais aussi à des représentations contrastés, à des désirs contradictoires, des conflits interpersonnels. Le débordement des procédés labiles aboutit parfois à des processus primaires. Ceux-ci se caractérisent par une projection massive, avec une évocation du mauvais objet, une thématique persécutive (E2-2) et une expression des affects reposant sur des thématiques sexuelles, agressives, voire mortifères (E2-3). Ces processus primaires sont parfois tempérés par un investissement de la réalité externe, en recourant au placage de celui-ci, en mettant l'accent sur le factuel (CF-1) ou par des inhibitions portant sur l'anonymat des personnages. Ces procédés permettent un évitement du conflit chez le sujet. Les processus narcissiques s'inscrivent dans cet évitement conflictuel. A ce niveau, l'accent est mis sur les références personnelles du sujet (CN-1), avec une idéalisation de l'objet (CL-1).

Ainsi, à travers ce protocole, on peut noter chez le sujet l'existence d'une problématique de perte d'objet d'amour qui remonterait dans la première enfance du sujet. Cette perte d'objet serait en relation avec la perte d'amour maternel, comme on peut le noter à la planche 6 BM. En effet, au cours des entretiens, on a pu observer que, dès son plus jeune âge, la mère s'était absentée pendant un temps, laissant les enfants à la charge de son époux. Puis, il y a eu l'absence du père suite à des conflits conjugaux. Ces absences (mère et père) ont pu être vécues par le sujet comme un traumatisme, provoquant une angoisse de perte d'objet. Ce qui serait la base d'un vécu dépressif, avec une imago maternelle vécue comme mauvaise, « *démoniaque* » et persécutrice et des pulsions agressives et mortifères adressées au père.

La problématique de perte d'objet d'amour du sujet va s'exprimer de nouveau en fonction des difficultés rencontrées par le sujet dans sa vie, notamment lors des déceptions sentimentales liées aux menaces de divorce de sa femme. Ces menaces vont porter sur l'infidélité du sujet, ses pulsions agressives incontrôlées (viol) qui ont entraîné

un sentiment de culpabilité chez le sujet.

En ce qui concerne l'organisation psychique du sujet, on peut émettre l'hypothèse d'un fonctionnement limite. En effet, à travers la problématique de perte d'objet d'amour, le sujet se situe dans une relation de dépendance face à l'objet. Bien qu'on puisse noter un investissement narcissique –celui-ci portant sur des références personnelles –il convient d'observer un investissement objectal qui se fait par un investissement des relations interpersonnelles. Cet investissement se fait aussi par l'introduction des personnages non figurant sur l'image, à l'origine de quelques processus associatifs du sujet. Par ailleurs, la référence aux parents possède aussi cette fonction d'étayage sur qui il peut s'appuyer. Il en va de même pour sa femme. Cet investissement narcissique et objectal permet au sujet d'élaborer ses conflits. Pour F. Brelet-Foulard et C. Chabert (2003, 139), la dépendance serait liée aux « *défauts de l'intériorisation* » et permet de « *lutter contre les fantasmes destructeurs qui constituent l'envers de la dépendance* ».

Ainsi, le cas François relève de l'angoisse de perte de l'amour de l'objet. Cette perte est à l'origine de son état dépressif qui se caractérise par un ensemble de difficultés, notamment des capacités d'élaboration de la position dépressive. Pour cela, les parents (père, mère) et l'épouse jouent une fonction d'étayage lui permettant d'élaborer cette position dépressive. Par ailleurs, l'expression des sentiments de culpabilité s'inscrit dans l'autre versant du fonctionnement limite : le versant névrotique. Ce qui permet de noter une intégration de l'ambivalence des sentiments chez le sujet et une capacité de liaison pulsionnelle.

Au niveau de la représentation de soi, malgré l'expression d'une différenciation (partielle) dedans et dehors, on note une difficulté dans la maîtrise des limites permettant ainsi à François de rechercher des « *contenants* ». Dans ce sens, l'utilisation des référents culturels (croyances) peut-elle s'inscrire dans la recherche de ces contenants ? Au Rorschach, on note une recherche de l'étayage qui se caractérise par un recours systématique aux déterminants formels et à quelques éléments sensoriels qui viennent de temps en temps perturber les capacités de contenance du sujet. Au niveau des représentations de relations, on note une difficulté des processus de liaison permettant de contenir l'excitation pulsionnelle. Ce qui est à l'origine des difficultés d'intériorisation du sujet. L'utilisation des procédés de la série « C » au TAT, en rapport avec l'inhibition du conflit, témoigne bien de cette difficulté des processus associatifs, favorisant l'existence de l'angoisse de perte.

1.4. Cas de Thomas

L'expression psychopathologique du cas de Thomas soulève la question d'identité du sujet. En partant de cette hypothèse, il s'agit de comprendre comment s'exprime cette problématique au niveau des tests projectifs.

1.4.1. De la perte d'un être cher à la problématique identitaire

Visiblement, Thomas se situe dans un état dépressif récurrent. Pour comprendre l'origine de cet état, quelques moments importants peuvent aider à comprendre les circonstances et les facteurs en cause dans l'expression de la maladie de Thomas.

Lorsque Thomas présente sa première décompensation psychopathologique, celle-ci apparaît après un événement important dans sa vie : celui du décès de sa mère (1994). Il s'agit d'une situation de deuil qui est une « *réaction à la perte d'une personne aimée...* » (S. Freud, 1915, 146). Et c'est cette perte de la personne aimée qui a pu être à l'origine de l'état dépressif du sujet. En ce sens, on peut noter que la situation de deuil est un facteur à l'origine de la décompensation de Thomas. Dans ce sens, le deuil vécu par Thomas peut être considéré comme un facteur déclenchant de la pathologie du sujet. Ce qui veut dire qu'avant ce deuil, Thomas aurait déjà été fragilisé ? Quelles sont ces situations qui ont pu le fragiliser ?

En ce qui concerne la compréhension du cas Thomas, on pourrait aussi souligner l'existence d'une problématique identitaire. Etant de père *Fang*¹⁷⁵ et de mère *Gisir*¹⁷⁶, il pourrait y avoir chez le sujet une difficulté d'identité sociale qui pourrait avoir des conséquences sur le plan psychique. Si Thomas appartient bien à l'ethnie *Gisir*, c'est parce qu'il est né et a grandi dans cette société. Il est imprégné des croyances de la société de sa mère. D'ailleurs, il est initié au *Mwiri*¹⁷⁷, rite de passage rencontré dans la période adolescente ; il porte même une responsabilité que sa famille maternelle lui a confiée : « *Les parents m'ont fait asseoir sur un fauteuil avec le travail entre mes mains* ».

En ce qui concerne la culture *Fang*, Thomas ne la connaît que par le nom qu'il porte ou par le canal des vacances scolaires qu'il allait passer chez son père géniteur. Ainsi, si Thomas s'identifie à sa culture *Gisir*, il convient de noter que de temps en temps, il utilise son patronyme d'origine *Fang* lorsqu'il se présente. Ce qui permet de voir le va et vient entre ses deux cultures. A certains moments, il se dit *Gisir*, à d'autres, il est *Fang* ou encore les deux. Seulement, cette double appartenance sociale, lorsqu'elle n'est pas bien assumée peut être à l'origine d'une instabilité identitaire chez le sujet ?

1.4.2. Approche projective de la personnalité de Thomas

L'approche du fonctionnement psychique de Thomas sera faite par le Rorschach. Puis, elle sera complétée par le TAT.

1.4.2.1. Approche par le Rorschach

L'analyse du Rorschach de Thomas va porter sur l'étude des données quantitatives et celles des données qualitatives.

D'un point de vue quantitatif, il s'agit de faire une analyse du psychogramme. Dans cette analyse, seront pris en compte le nombre de réponses et le temps mis par le sujet pour répondre ; les différentes caractéristiques des réponses (modes d'appréhension, déterminants et contenus) et le discours entourant ces réponses (verbalisation, commentaire, style).

¹⁷⁵ Groupe linguistique situé dans le nord et le centre du Gabon.

¹⁷⁶ Ethnie rencontrée dans le sud du Gabon.

¹⁷⁷ Rite de passage pour adolescents rencontré dans le sud du Gabon.

En ce qui la productivité, on peut noter que Thomas a donné 83 réponses dans un temps très long (49'02). Le nombre élevé de réponses implique l'existence d'un protocole maniaque. Cette labilité sera manifeste au cours de la passation.

L'analyse du temps par planche permet de noter une rapidité de la réaction de Thomas aux planches I et II (1 seconde). Alors que le temps de latence moyen est de 7 secondes, montrant un écart assez important entre la présentation de la planche et la première réponse du sujet. Cette rapidité peut être considérée comme une fuite en avant dans l'expression. En tenant compte de la rapidité du temps de réaction, on peut ranger en deux groupes les planches : celles qui ont un temps de réaction se situant entre 1 et 7 secondes (I, II, VII, VIII, IX et X) et celles dont le temps de réaction se situent entre 8 et 18 secondes (III, IV, V et VI).

En ce sens, on peut noter que les temps sont plus allongés aux planches III, IV, V et VI. Quel sens peut prendre alors l'allongement de ces temps à ces planches ? Du point de vue du symbolisme, la planche III renvoie aux représentations des relations et à l'oedipe ; la planche IV est liée à la puissance phallique ; la planche V porte sur la représentation de soi et à l'identité ; et la planche VI renvoie au symbolisme sexuel. Quels liens existe-t-il entre ces différents aspects ? Etant donné la lenteur observée à ces planches, quelle signification peut-elle prendre chez le sujet ? S'agit-il d'une simple inhibition ou est-elle liée à l'élaboration des données issues du matériel ? Comment réagit Thomas face à un objet spécifique ? Est-il actif ou passif ?

L'intérêt pour les modes d'appréhension permet de noter qu'ils sont tous représentés : G, D, Dd, Dbl, Ddbl et Do. En s'arrêtant un instant sur ces modes d'appréhension, on peut observer que les pourcentages de ces réponses sont inférieurs aux normes, sauf les réponses Dd (39%) qui sont supérieures aux normes (10%). En ce qui concerne la diminution des réponses G (20%) pourrait laisser penser non seulement à une incapacité pour le sujet à saisir l'objet dans son intégralité mais aussi à appréhender l'image de soi. En ce qui concerne le pourcentage bas des réponses D (60%), cela pourrait renvoyer à intérêt limité pour le concret que peut confirmer la rareté des banalités (4). Cependant, la supériorité des réponses Dd pourrait s'inscrire dans le sens d'une pensée illogique ou délirante.

En s'intéressant aux déterminants, on peut noter que si le F% est à la limite des normes (60%), le F+% est en dessous avec 34%. Il existe chez Thomas une difficulté à tenir compte de la réalité extérieure. Cette difficulté repose sur les réponses de mauvaise qualité formelle et une difficulté à diriger sa pensée avec une attention claire et un jugement exact. Ce qui montre l'importance du subjectif sur la réalité objective. Cette importance du monde imaginaire est facilitée par les réponses kinesthésiques (2 réponses K et 6 kinesthésies mineures). En tenant compte des éléments perceptifs et des réponses kinesthésiques, on peut émettre l'hypothèse des kinesthésies délirantes. Car il n'existe pas d'adéquation entre le subjectif et le monde réel ; il y a une perte de contact avec le réel.

En ce qui concerne le pôle sensoriel, il est très représenté, notamment au niveau des couleurs ($\Sigma C = 13,5$). Cette surreprésentation du pôle sensoriel la dimension extraversive du fonctionnement du sujet. Dans ce sens, s'agit-il d'une manie ou d'un envahissement

fantasmatique rendant précaire la qualité du rapport au réel ? Les deux hypothèses sont possibles. La surdétermination des réponses couleur contribue à l'expression des défenses maniaques dont l'objectif est de lutter contre l'angoisse, notamment l'angoisse liée à la perte d'objet. Il s'agit d'une lutte antidépressive. Ces défenses maniques caractérisent le protocole de Thomas, avec l'existence des procédés : production importante des réponses, peu de temps de latence, pas de silence, l'hypersignification des éléments du matériel. Cette situation est liée à l'émergence des processus primaires. Ceux-ci entraînent un flux associatif responsable du débordement des capacités de contrôle.

Les contenus utilisés par Thomas sont de plusieurs types : A, H, Objet, Géométrie, Symbole, Tache. Cette attitude témoigne d'une multiplicité des investissements du sujet. On peut noter un intérêt pour l'adaptation au monde social (A%), un léger investissement au monde relationnel interne (H%), une attention sur les contenus Objet et Géométrie et une légère importance aux contenus Tache et Symbole.

En s'intéressant au discours de Thomas, on peut noter une verbalisation excessive. Cette logorrhée va émailler tout le protocole. Le discours est souvent confus. On peut noter l'utilisation du pronom « Je ». Il apparaît dès la première planche pour signifier l'incapacité du sujet : « *Je ne sais pas* » ou pour annuler « *au départ, j'ai dit ça* », critiquer « *je comprendrais* », scruter « *quand je regarde bien* », déduire « *je suppose que* ». Ce qui est à l'origine de nombreux commentaires. En insistant par exemple sur le « *je ne sais pas* », Thomas met l'accent sur la méconnaissance, l'absence d'imagination. Ce qui note l'importance des mécanismes de dénégation. Un autre mécanisme important à noter est l'importance des précautions verbales présentes par l'expression « *on dirait* » ; des alternatives « *Ou bien* » qui se transforment parfois en annulation comme à la réponse 11 de la planche III : « *Au départ, j'ai dit ça, mais on dirait les ouistitis, les petits singes. Chacun joue avec son bébé* ». On remarque aussi que les réponses nombre sont très présentes comme à la planche X : « *Deux poissons rouges...deux serpents...deux récipients...deux thermomètres...Quatre oiseaux...Deux crabes...* ». Tous ces mécanismes montrent l'importance des procédés rigides dont le but est de tenter de coller à la réalité de la planche.

Si l'ensemble des commentaires se caractérise par le non savoir, cette méconnaissance peut s'inscrire dans une lutte contre l'émergence des fantasmes comme on peut le noter à la planche IV. Dans un premier temps, le sujet méconnaît le nom de l'animal. Après, il arrive à donner une représentation : « *gorille* ». Aussitôt, on note une dénégation liée certainement à la puissance phallique que représente la réponse « *gorille* ». A l'issue de cette dénégation, il y a une alternative moins phallique (« *chimpanzé* ») qui va prendre un caractère comique : « *on lui a fait porter des chaussures talons dames* ».

Ainsi, les éléments qualitatifs s'inscrivent dans un contexte de lutte contre les émergences pulsionnelles. Cette lutte se caractérise par la présence d'un discours logorrhéique, des mécanismes d'annulation, de dénégation ou d'alternative.

En ce qui concerne l'analyse qualitative, elle portera sur l'étude des facteurs pouvant aboutir aux interprétations. Autrement dit, à partir des différentes caractéristiques des

réponses du sujet (modes d'appréhension, déterminants), il s'agira de cerner l'approche cognitive. De même, l'analyse des réponses kinesthésiques et sensorielles permettra de donner une idée de la dynamique conflictuelle du sujet.

Du point de vue de l'approche cognitive, deux facteurs peuvent aider à la comprendre : les modes d'appréhension et les déterminants. En ce qui concerne les modes d'appréhension, on peut noter que les réponses G apparaissent à toutes les planches, sauf aux planches pastel. Lorsqu'elles apparaissent, on peut les répartir en deux catégories de réponses : les réponses simples ne témoignant pas d'un effort d'élaboration (planches I, II, III, IV, V, VI) et celles manifestant un effort d'élaboration comme à la troisième réponse de la planche IV et à la planche VII (2/8 réponses). Ce qui témoigne des conduites mentales très passives.

On peut noter une rareté des banalités dans les réponses G simples. La présence de deux banalités aux planches I et V peuvent signifier un conformisme de la part de Thomas à la réalité extérieure. A moins que ce conformisme n'entraîne une difficulté d'adaptation comme le confirme le F+% qui est très bas. Quant aux réponses G organisées, la première (planche IV) est associée à un déterminant formel : «...*Ou bien c'est un chimpanzé peut-être* ». Cette réponse de mauvaise qualité formelle (G F-) vient à la suite d'une réponse G FClob, à l'origine de l'angoisse du sujet. Dans ce sens, le commentaire qui suit la représentation : «...*On lui a fait porter des chaussures talons dames* » est une défense maniaque permettant de lutter contre la représentation angoissante trop forte. Et c'est l'effet de l'angoisse suscitée par la masse noire de la planche qui se manifeste à travers cette réponse selon la conception du « *fil projectif* ». Dans ce cas, on peut dire qu'il y a un « *effet inter réponse* » ou « *intra planche* ». Même si la représentation donnée est de bonne qualité, on peut observer qu'en s'intéressant au nom de l'animal, Thomas est troublé. La défense mise en place va s'ébranler, conduisant Thomas à préciser le nom de l'animal phallique, se caractérisant par son envergure. Ce qui est à l'origine de son angoisse qu'il tente de maîtriser (FClob), d'où la dénégation qui suit. Vu la persistance des effets de la présence de l'angoisse, la réponse qui suit est de mauvaise qualité ; réponse accompagnée d'une alternative, d'une précaution verbale et enfin d'une défense maniaque.

La deuxième réponse élaborée (planche VII) est liée à une réponse kinesthésique : « *Un oiseau qui vole avec des têtes au-dessus...* ». Il s'agit d'une kinesthésie animale (G kan) ayant un accent libidinal. On peut noter un mouvement pas trop fort à travers cette kinesthésie. D'où une certaine passivité. Le sujet intègre la dimension relationnelle dont la suite de la réponse montre qu'il s'agit d'un lien par filiation : « *...ses enfants peut-être... le petit qui pose sa tête sur la tête de sa maman et l'autre petit qui pose sa tête sur la tête de sa maman.* ». La dimension étrange de la représentation le pousse à parler à l'enquête de génie, à cause de la multiplicité des têtes. La suite de la planche prend une connotation d'abord agressive : « *...Ici, on dirait une crémaillère, il y a des dents qui se présentent là* », ensuite, sexuelle : « *Et quand je regarde bien, on dirait que c'est deux têtes posées sur la femelle...les cornes ici,...Il me semble que celui-ci c'est le cou...* ».

Ainsi, à travers cette planche, peut-on voir que la première réponse s'inscrit dans la symbolique de la planche (maternelle) et que la suite des réponses met l'accent sur la sexualité. Comme si la c'étaient des effets des planches sexuelles (II, VI). Ce qui montre

encore l'importance du « *fil projectif* ». En ce sens, on peut parler d'une relation « *inter planches* ».

En résumé, les réponses G mettent l'accent principalement sur le caractère passif des conduites. Lorsqu'elles sont actives, il s'agit d'une légère activité. Cette passivité qui caractérise le sujet rend compte de l'investissement des démarches cognitives et des positions identificatoires.

Pour ce qui est des réponses D, elles apparaissent à toutes les planches, sauf à la planche I. C'est aux planches X (10 réponses D) et VIII (6 réponses D) qu'elles apparaissent le plus. A ces planches, l'organisation synthétique est rendue difficile par l'impact des planches. A la planche VIII, l'ensemble des réponses D est associé à quatre déterminants différents : D F+, D FC, D kan et D F-. Ce qui montre l'existence d'une multiplicité des voies empruntées par le sujet pour lutter contre le trouble induit par le matériel. Après une banalité et un retrait narcissique lié à l'effet de symétrie, le sujet fait un aller/retour entre les contenus A et les contenus Objet. Lorsqu'il se réfère aux animaux, la vision est de mauvaise qualité (F-). Alors qu'en se référant aux objets, il réussit à contrôler la situation (FC). Les réponses liées aux déterminants FC sont des compromis d'un retour de refoulé (« *Deux taches rouges...* »).

L'apparition des réponses D aux autres planches peut s'inscrire dans cette lutte contre l'expression des fantasmes. A la planche II, l'interprétation de la tâche porte sur la couleur rouge. A ce niveau, il y a prédominance de la forme (FC) : « *c'est en forme de papillon* ». L'agressivité réapparaît à la réponse, non seulement en investissant la couleur noire mais aussi par la présence d'une bête féroce : « *tête d'un lion* ». A la planche III, on note la présence de cette lutte. Quant à la planche X, la multiplication des réponses FC s'inscrit dans cette tentative de contrôle.

En ce qui concerne les réponses Dd, elles sont plus nombreuses. Elles apparaissent à toutes les planches, sauf à la 10. Ces réponses Dd sont plus nombreuses aux planches II (5 réponses), III (6 réponses), VII (4 réponses) et VIII (4 réponses). A toutes ces planches, elles sont associées à des déterminants FC, FC', CF, kan et à des formes de mauvaise qualité. L'objectif de ces réponses est de lutter contre l'émergence des pulsions.

Pour ce qui est des réponses Dbl et Ddbl, elles sont peu nombreuses et apparaissent principalement aux planches I, II, IV et VI. A la planche I, la réponse Dbl semble déconnectée de la première réponse qui est vue sous forme de « *chauve-souris* », alors que la réponse intermaculaire est perçue sous forme de « *point* ». Cette réponse « point » pose le problème la lutte contre les fantasmes en évitant de représenter l'objet. On rencontre cette stratégie dans tout le protocole de Thomas. Il y a comme une forme d'isolation entre la première réponse spontanée et la réponse Dbl. Dans tous les cas, la réponse intermaculaire de la planche I pourrait soulever la problématique de l'intégrité corporelle chez Thomas, et par conséquent d'une faille narcissique.

A la planche II, les réponses intermaculaires viennent à la suite de la réponse donnée au spontané « *chauve-souris* ». Si la première réponse Dbl paraît plus imprécise par son contenu : « *...petits points ronds* », la deuxième réponse : « *...partie blanche...* ». s'inscrit dans l'expression d'une angoisse dépressive liée à une faille ou à un manque.

Quant aux réponses Ddbl, elles apparaissent aux planches IV et VI. A la planche IV, les réponses surviennent après une première réponse au spontané : « *animal* » ou « *gorille* ». Si la réponse intermaculaire se caractérise par son imprécision, la deuxième laisse entrevoir une intention persécutrice liée au regard : « *...les yeux ouverts* » et à l'ouïe : « *...oreilles...* » qui peuvent être deux traits caractérisant l'image phallique, le persécuteur ou le sorcier. Dans ce sens, on peut dire que la relation à l'image phallique pourrait être persécutrice. A la planche VI, les réponses Ddbl sont imprécises. L'objectif pour le sujet est d'éviter la représentation pour lutter contre l'émergence des fantasmes.

Ainsi, les Dbl et les Ddbl s'inscrivent dans des contextes semblables. Si, à la planche I, elle évoque une faille narcissique, cette faille est renforcée à la planche IV, par la dimension persécutrice de l'image phallique, génératrice d'angoisse. Les réponses D sur lesquelles s'appuient les Ddbl permettent de voir les failles du sujet.

Pour ce qui est des réponses formelles, on peut constater un contrôle formel insatisfaisant. Cette insatisfaction est liée à l'abondance de réponses de mauvaise qualité formelle aux planches I, II, IV, VI, VII et X. A travers ces planches, Thomas exprimerait la difficulté à assumer son agressivité. Celle est projetée sur un objet phallique qui devient persécuteur. On peut aussi noter l'existence des failles dans les relations maternelles précoces. La rareté des réponses kinesthésiques ne permet pas au sujet d'avoir recours à l'imaginaire. Pour cela, il n'y a pas d'effort d'élaboration des conflits, rendant invalidant le fonctionnement cognitif du sujet.

Ainsi, dans le fonctionnement cognitif, il n'y a pas de processus de mentalisation, donc de secondarisation. Ce qui suppose une difficulté de recours à l'imaginaire dans la démarche intellectuelle. Par contre, le fonctionnement cognitif repose sur un mode défensif et délirant. Les tentatives d'aménagement des conflits reposent sur des défenses de type labile (dénégation, annulation, commentaires, manifestations sensorielles).

Par ailleurs, on peut noter que les facteurs de socialisation sont pratiquement inexistant. Le D% est peu élevé (36%), les banalités sont rares (4), le F+% est sous représenté (34%). Seul, le A% est dans la moyenne (48%). Sur cette base, l'implication fantasmatique et émotionnelle est à l'origine des difficultés de contrôle de la réalité, des limites entre le dedans et le dehors. Ce qui rend plus difficile la socialisation chez Thomas. Sa vulnérabilité aux stimuli venant de l'extérieur est source de souffrance.

L'étude de la dynamique conflictuelle va tenir de l'analyse du Type de Résonance Intime et de ses composantes. Selon la formule du TRI, Thomas a un caractère extraversif. Celui-ci repose sur une prédominance sensorielle qui influence son fonctionnement mental et ses relations tant du monde interne que du monde externe. Pour cela, je vais analyser d'abord les réponses kinesthésiques, ensuite les réponses sensorielles.

Les réponses kinesthésiques ne sont pas nombreuses (2 K, 5 kan et 1 kp). En ce qui concerne les grandes kinesthésies, on les trouve aux planches III et IX. A la planche III, n : « *... deux femmes qui préparent...* ». La perception est correcte et banale ; le mouvement est léger, relationnel. L'identification est féminine. A la planche IX, on trouve : « *Deux dames qui embrassent cette coupe* ». A travers cette réponse, on peut noter que la perception est correcte, le mouvement projectif est libidinal chargé d'intensité érotique.

L'identification est féminine. En revanche, il y a un attachement à un élément ayant une connotation féminine, en creux (« *coupe* »). A ce niveau, on pourrait avancer l'idée d'une relation homosexuelle refoulée.

Afin de comprendre une telle hypothèse, on va s'intéresser à l'analyse des réponses qui suivent les K. A la planche III, les réponses 2, 3 et 4 confirment l'identification féminine. En revanche à la réponse 5, le mouvement relationnel de la première réponse se transforme en un mouvement agressif maîtrisé. Malgré un mouvement de contrôle de l'agressivité (les chiennes sont réputées par leur agressivité), on peut noter l'existence d'une dimension phallique (« *les cous* ») et des pulsions orales : « *...l'appétit de manger qui les anime* ». Tout cela se termine par un mouvement fort libidinal : « *...Chacun joue avec son bébé* ». Quant à la planche IX, l'identification féminine est suivie d'un va et vient entre une identification masculine (« *barbe* ») et une féminine (« *tresses* »), entre attributs masculin et féminin. Cette hésitation va se terminer par une identification masculine (« *chaque monsieur* »), avec une dimension phallique (« *barbe* ») et anale (« *dos* »).

Ainsi, pour Thomas existe-t-il une difficulté d'identification. L'image phallique, persécutrice, est source d'angoisse. Celle-ci dépend de la culpabilité liée aux pulsions agressives. Dans le même sens, l'identification féminine est difficile à accepter compte tenu des relations précoces maternelles angoissantes.

Les kinesthésies animales sont présentes aux planches I, III, VII et VIII. A la planche I, on a : « *C'est une chauve-souris qui vole. C'est peint en couleur noire* ». La perception est correcte, banale. Le mouvement projectif est fort et s'inscrit dans une dimension narcissique car non relationnelle. Au niveau identificatoire, la chauve-souris sert de relais par l'intermédiaire du mécanisme de déplacement. Ce qui frappe cette réponse, c'est son association à la dimension sensorielle (« *c'est peint en couleur noire* »), montrant l'importance de l'aspect dépressif du sujet, malgré sa liberté (« *vole* »).

A la planche III, on a : « *...les ouistitis, les petits singes. Chacun joue avec son bébé* ». Cette planche témoigne du contenu latent de la planche : si la représentation des relations est reconnue, en revanche, il ne s'agit pas d'une triangulation. Le sujet voit une relation allant au-delà de trois personnes. On peut noter aussi un mouvement libidinal (« *jouer* »). Cependant, cette réponse est accompagnée d'un mécanisme d'annulation qui permet de laisser tomber l'identification humaine, féminine au règne animal : « *Au départ, j'ai dit ça, mais on dirait...* ». A partir de cette réponse, on peut aussi noter une différence de génération : « *Chacun joue avec son bébé* ».

A la planche VII, planche féminine et maternelle, on a : « *Un oiseau qui vole avec des têtes au-dessus, ses enfants peut-être...* ». A ce niveau, on peut dire qu'en tant que planche maternelle, la réponse est en phase avec le contenu latent de la planche. Cette réponse semble être la suite de la planche III et implique la relation mère/enfant. Quant à la planche VIII, on peut noter : « *...on dirait une chauve-souris qui les attrape comme ça aux mains* ». Cette réponse laisse présager de l'existence d'une dimension agressive chez le sujet qu'on peut percevoir à travers le verbe attraper qui n'est que le résultat d'un contrôle. D'ailleurs, l'existence de la réponse « *taches rouges* » suivante peut justifier l'existence de cette agressivité, non reconnaissable à cause du mécanisme d'isolation.

La kinesthésie partielle rencontrée à la troisième réponse de la planche III : « *Et leurs*

mains ici, on dirait qu'elles attrapent un bouquet de fleurs, un pot de fleurs », s'inscrit dans la suite logique de la grande kinesthésie de la planche III. La mauvaise qualité formelle sur laquelle elle repose pourrait renvoyer à des tendances paranoïaques.

Ainsi, chez Thomas, il existe une double référence identificatoire (masculine et féminine). L'image masculine représente la force phallique alors que l'image féminine est maternelle, malgré l'existence des relations précoces angoissantes. La recherche d'identification masculine se fait une tentative d'évitement du conflit, de maîtrise de l'agressivité. Les difficultés de maniement de l'agressivité conduit à la vulnérabilité du sujet face aux stimuli extérieurs. Ce qui permet de montrer des failles du Moi.

En ce qui concerne les réponses sensorielles, elles se caractérisent par un nombre très élevé de réponses qui prennent en compte les caractéristiques du matériel ($\Sigma C=13,5$). Dans ce sens, peut-on dire que la personnalité de Thomas est ouverte au monde extérieur ?

Comme on a pu le noter à travers les éléments qualitatifs, cette hypothèse est acceptable. Hypothèse que confirment les planches chromatiques. A la planche II, au-delà d'une rapidité dans le temps de réactivité, on note aussi un nombre élevé de réponses et une multiplication des réponses dictées par les couleurs noire et rouge ((7 sur 11 réponses). Quant aux planches pastel, leur présentation entraîne non seulement une diminution des réponses intégrant la couleur mais aussi une augmentation du temps de latence (10 sur 28 réponses). Cette diminution pourrait être liée à la situation de malaise né des effets de stimulations externes sur le sujet. Dans ce sens, la surenchère des réponses Dd peut-elle être liée à ce malaise ?

En analysant les planches rouges, on peut se rendre compte de l'importance de la dimension pulsionnelle agressive chez le sujet. A la planche II, si les réponses données portent sur la couleur rouge : «...en forme de papillon », « ...points rouges sur les ailes... », « *La partie rouge ici, genre plume, l'arrière est blanc et le devant est rouge* », elles montrent aussi la capacité à contenir les pulsions agressives. Il en va de même pour la planche III où, malgré, une irruption de l'agressivité (« *les têtes, on dirait des chiennes* »), celle-ci est vite contenue. On peut le remarquer avec les termes de « *décoration* », « *oiseaux gendarmes* » qui essaient de contrôler l'angoisse. Par ailleurs, on peut aussi dire que les termes « tête », « coup » « genoux » montrent l'existence des attributs phalliques chez le sujet.

Aux planches pastel, il y a un reflet narcissique (« Deux animaux de part et d'autre ») qui sert d'isolation entre les représentations (« *animaux* » et « *tendue* » ou « *taches rouges* »). La prise en compte des référents phalliques (« têtes », « tronc ») montre l'existence d'une sexualité chez le sujet. Ces référents sont associés aux couleurs ou marqués par l'isolement. Les réponses couleur se présentent sous la forme de FC, à l'origine d'un certain contrôle, malgré la présence d'une réponse CF liée à une tentative d'expression de l'agressivité.

A la planche IX, en référence avec l'imago maternelle, il apparaît une seule référence à la couleur (FC). Cette imago maternelle est ressentie comme une image divine à vénérer, à adorer à l'image de « Dieu ». Ici, le contrôle permet de maîtriser des relations précoces agressives du sujet. Dans ce cas, le mécanisme interprétatif en relation avec le

divin est un mécanisme de déni. Il ne tient pas compte des premières relations insatisfaisantes, de manque (d'où peut-être la présence des réponses intermaculaires) à l'origine des réponses agressives du sujet.

Quant à la planche X, on peut noter plusieurs réponses couleur. Hormis la première réponse couleur qui montre un contrôle des pulsions orales, agressives : « ...*Deux poissons qui ont avalé, genre deux serpents* », les autres réponses se caractérisent par le mécanisme d'isolation. Ces pulsions orales et agressives qui apparaissent à cette dernière planche est de mauvaise augure pour le sujet. Cela montre que le sujet n'a pas pu maîtriser ses pulsions agressives. Pour cela, cette dernière planche s'oppose à la planche IX. Dans ce cas, l'action de la prière, de Dieu n'a pas eu d'effet favorable chez le sujet.

Ainsi, la réactivité de Thomas relève d'une difficulté à contrôler les pulsions agressives qui font écho aux stimuli externes. Le contrôle de ces pulsions, notamment par la religion, ne constitue pas un mécanisme de défense efficace pour contrôler les sollicitations venant du monde interne.

En résumé, on peut tirer quelques interprétations de l'analyse du cas Thomas. Sur le plan diagnostique, il s'agit d'une organisation psychotique. Celle-ci se caractérise par un rapport au réel qui est de mauvaise qualité dans tout le protocole. L'espace psychique ne permet pas des élaborations fantasmatiques véritables. On note un fonctionnement dans lequel il existe un empiétement du registre de l'imaginaire sur le réel. Ce fonctionnement s'appuie sur des défenses appartenant au registre labile : dénégation, annulation. D'un point de vue conflictuel, on note des mouvements pulsionnels agressifs et libidinaux. Ces mouvements agressifs peuvent être invalidants. Ce qui permet l'utilisation des défenses citées ci-dessus pour les combattre. Le registre de ces conflits repose sur un maniement de l'agressivité et de l'angoisse de perte d'objet, entraînant un malaise dans le choix des identifications sexuelles.

La présence de mécanismes de défense labiles parasite le fonctionnement mental et sa dynamique, ainsi que l'utilisation de l'imaginaire et l'élaboration des conflits. L'exposition aux stimuli externes constitue un risque pour Thomas qui vont l'entraîner dans des positions de plus en plus régressives. Cependant, la religion peut permettre ce contrôle des pulsions agressives.

Comment ces conflits notés chez Thomas peuvent-ils s'exprimer à travers une épreuve thématique (TAT) ?

1.4.2.2. Approche du fonctionnement psychique de Thomas par le TAT

Le protocole de Thomas se caractérise par une oscillation entre le réel et l'imaginaire ou encore par une difficulté à s'investir narcissiquement. L'apport du TAT permet de noter l'existence de tous les procédés à travers le protocole de Thomas. En effet, il y a une dominance des procédés rigides. Puis, viennent des procédés de la série labile et ceux de la série « C » liés à l'évitement des conflits. Enfin, on peut noter quelques émergences des processus primaires.

En ce qui concerne les procédés de la série rigide, on note une multiplication des

descriptions de la réalité externe. Celle-ci est souvent accompagnée de quelques précisions et des précautions verbales ou encore des dénégations. L'existence de ces procédés rigides est l'expression des conflits entre les désirs et de la défense chez le sujet. Par ailleurs, ces procédés rigides pourraient avoir pour objectif celui de donner un cadre aux excitations pulsionnelles et les empêcher de s'exprimer. Les quelques procédés labiles viennent mettre en scène les relations interpersonnelles. Ces relations servent de cadre aux projections des affects liés notamment aux représentations mortifères. Cependant, l'introduction des procédés de la série « C » vient participer à l'évitement des conflits, notamment par des comportements d'inhibition ou l'anonymat des personnages. Ce qui conduit à un investissement narcissique à l'origine de l'absence de toute relation intersubjective et de tout conflit relationnel. Cet investissement narcissique va aussi être à l'origine de la difficulté chez le sujet à différencier le réel et l'imaginaire. Ce qui est parfois à l'origine de l'émergence des processus primaires, notamment des fausses perceptions ou encore des représentations agressives et mortifères.

Sur la base de ces éléments, si on peut noter l'existence d'une diversité de problématiques, il faut dire que c'est la problématique narcissique qui est au premier plan. Elle se caractérise par des tendances mégalomaniques comme on peut le noter à la planche 1 : « *Il est beaucoup concentré là-dessus. Je lis beaucoup de sérieux dans son attitude* ». A ce niveau, on peut noter une idéalisation de la représentation de soi, dans sa valence positive. Ce qui est à l'origine d'un investissement narcissique qui peut avoir pour conséquence la problématique de la perte de l'objet. Cette perte serait à l'origine de l'état dépressif du sujet. En effet, cette problématique de perte serait liée aux situations de deuil ou d'échec, comme on peut le noter à la planche 3BM : « *...Généralement, ça, ce sont des situations des personnes en deuil, dos tourné contre le mur, contre la chose qu'on pleure. Ça, c'est sinistre. Si ce n'est pas le cas d'un élève qui a mal travaillé* ». On peut aussi noter des situations d'éloignement et de séparation (avec le père et la mère). Cependant, cette problématique dépressive ne serait qu'une réactivation d'une problématique (planche 19), en relation avec une imago maternelle archaïque (planche 11), parfois persécutrice. Dans cette perspective, la perte d'objet d'amour serait à l'origine des pulsions agressives que Thomas va tenter de maîtriser. Ce qui entraînerait un repli narcissique du sujet, avec un développement de la dimension persécutrice. La difficulté à faire la différence entre le réel et l'imaginaire conduit à des problèmes d'investissement narcissique du sujet.

Ainsi, le résumé du cas Thomas montre une appartenance au monde psychotique. Cette forme pathologique se caractérise par une rupture des relations du sujet avec les autres et avec lui-même. Dans ce sens, on note des altérations graves dans les investissements narcissiques et objectaux qui s'expriment par une attente aux activités de pensée, une confusion entre le réel et l'imaginaire. D'un point de vue de la clinique projective, on note de temps en temps une difficulté de fantasmatisation chez le sujet. Cette difficulté se traduit par l'expression des processus primaires. Les mouvements pulsionnels mortifères qu'on peut observer au TAT attaquent les contenants de pensée et les contenus. Il y a un morcellement de la représentation de soi, de la pensée.

Au Rorschach, le protocole labile de Thomas présente une multiplication des réponses formelles, avec un F% élevé et une augmentation des réponses couleur. Pour

C. Chabert (1998), la haute formalisation se caractérisant par un conformisme et une pseudo-adaptation, un accrochage aux repères externes est l'expression de l'absence de la dimension subjective de la perception. De ce fait, la formalisation permet de pallier aux insuffisances des repères internes. Mais ce fonctionnement formel est inefficace car il y a un échec d'ancrage dans la réalité extérieure, avec un F+% bas. Ce qui permet de noter une perte de contact avec les objets du monde extérieur et du sens donné à ces objets.

S'il existe un échec de la formalisation au Rorschach, on peut noter un accrochage à la réalité extérieure, aux objets figurés du TAT. *« La qualité du rapport au réel, contrairement à ce qui se passe au Rorschach, est bien davantage soutenue au TAT. Ce constat peut se comprendre dans la mesure où l'accrochage perceptif, si essentiel au fonctionnement psychotique, colle en quelque sorte aux objets figurés. Ainsi, les distorsions perceptives sont exceptionnelles au TAT. On n'observe pas, dans la majorité des cas des protocoles, une construction délirante de la réalité, ce qui montre l'absence d'investissement fantasmatique et affectif de la réalité externe. Il semble que les objets soient seulement perçus sans être véritablement investis »*¹⁷⁸. Ainsi, si la réalité perceptive est respectée, on peut noter certains scotomes d'objet, comme à la planche 1, où l'objet violon, castrateur, n'est pas représentée. Ce scotome peut poser la question de l'attaque du lien à l'objet castrateur.

Dans ce sens, quelle est l'influence représentations culturelles dans ces difficultés d'investissement narcissique, en particulier dans l'expression de la dimension persécutive de Thomas ?

1.5. Cas de Martine

L'état dépressif dans lequel se trouve Martine soulève la question des facteurs à l'origine de cet état. Après avoir analysé ces facteurs, il s'agira de comprendre la personnalité du sujet sur la base du Rorschach.

1.5.1. Des conflits relationnels à l'expression psychosomatique

Martine se situe dans un état dépressif qui peut être saisi à partir de deux symptômes : l'amaigrissement et les plaintes somatiques. Ces deux symptômes semblent importants pour la compréhension de la pathologie du sujet. La pathologie de Martine se situe sur le plan psychosomatique. Selon F. Marty (1976), celle-ci s'inscrit dans un champ où les conflits psychiques se déversent sur le soma. Cette expression par le soma est le résultat d'un conflit psychique que vit le sujet. Dans ce sens, l'amaigrissement et les plaintes auxquels Martine fait allusion peuvent être le résultat d'un conflit psychique. Sur quoi porte alors ce conflit ?

De l'ensemble des entretiens recueillis, on peut noter que Martine présente un état dépressif. Trois niveaux caractérisent cet état, à savoir l'activité psychomotrice, l'humeur et le somatique.

En effet, lorsque Martine se présente à l'entretien, elle présente un ralentissement des gestes, de la démarche, du débit verbal et de concentration. D'un point de vue

¹⁷⁸ C. Chabert, Idem, p. 117.

psychopathologique, on parlerait de ralentissement psychomoteur. Par ailleurs, on peut aussi noter une tristesse, avec le ton de la voix exprimant un abattement ou un découragement. Sur le plan somatique, Martine est de taille longiligne et donne des signes de fatigue, avec un visage las. Au cours des entretiens, elle évoque des troubles de sommeil (insomnie), un amaigrissement important ou encore des douleurs somatiques au niveau du « ventre » ou du « bas ventre ». Ces principaux syndromes constituent l'état dépressif de Martine.

Sur cette base, trois éléments principaux vont couvrir le tableau symptomatique de Martine : l'amaigrissement, les douleurs somatiques et les insomnies. Face à cela, la question est de savoir quels sont les événements responsables de cet état dépressif chez le sujet ?

Les problèmes de santé auxquels est confrontée Martine peuvent constituer un des facteurs responsables de son état dépressif. En effet, l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) subie a dû entraîner des séquelles non seulement sur le plan psychologique mais aussi sur le plan somatique, d'autant plus qu'elle s'était mal passée, d'où l'état de coma. Même si Martine semble avoir recouvrer sa santé, en mettant au monde un autre enfant, il n'en demeure pas moins qu'un des organes, le ventre, a pu garder des séquelles. A tel point qu'il constitue le lieu responsable des douleurs somatiques. Pour cela, cet organe semble avoir été fragilisé. Avec l'amaigrissement, le ventre est l'objet des plaintes de la part du sujet. On peut alors parler de syndrome psychosomatique.

Au-delà de ce facteur somatique, un autre semble important pour la compréhension du fonctionnement psychique du sujet. En tant que femme au foyer, Martine est dans une situation conflictuelle avec son époux. Car celui-ci déserte de temps en temps le domicile familial. Cette infidélité entraîne chez Martine une perte de l'estime de soi. Cette perte est liée à un sentiment de rivalité portant sur les femmes que son époux fréquente. Ce qui va des conséquences psychologiques sur le sujet : amaigrissement, troubles de sommeil. Dans cette perspective, les conflits conjugaux peuvent être considérés comme un facteur responsable de l'expression de l'état dépressif de Martine. Ainsi, convient-il de se demander quelle origine de ce conflit chez le sujet ?

L'état dépressif se manifeste par une somatisation de Martine. Les problèmes conjugaux vont être à l'origine d'une situation conflictuelle chez le sujet et à l'origine de son amaigrissement et des douleurs du ventre. Ceux-ci constituent pour Martine le langage par lequel elle peut exprimer sa souffrance. On peut alors parler de « *dépression masquée* ». Si l'amaigrissement est visible, en revanche, ce n'est pas le cas pour les douleurs du ventre. Car selon les examens médicaux qui ont été faits, il n'existerait aucune anomalie. Pour cela, on pourrait parler d'hypocondrie.

Selon J. Chemouni (2000, 3) ¹⁷⁹, les troubles psychosomatiques sont des « *désordres somatiques qui ont en commun l'implication des facteurs psychiques dans la constitution, l'émergence, le maintien ou la thérapeutique des désordres somatiques* ». F. Alexander (1952) ¹⁸⁰ note que des troubles émotionnels prolongés peuvent être à l'origine

¹⁷⁹ Jacqy Chemouni, *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte*. Paris, Nathan, 2000, 165 p.

des troubles somatiques. Seulement, ces troubles émotionnels doivent reposer sur une problématique conflictuelle. Chez ces personnes qui somatisent, il y a un fonctionnement psychique de type « opératoire » (P. Marty et M. de M'Uzan, 1962)¹⁸¹. Ce fonctionnement se caractérise par une pauvreté de l'activité fantasmatique. Et le soma constitue la voie d'expression la plus privilégiée. Dans le cas de Martine, on peut voir que son corps est le moyen le plus utilisé pour s'exprimer : elle maigrit et a mal au ventre. Une autre question est de savoir pourquoi le ventre est le seul lieu choisi par le sujet pour exprimer sa souffrance ?

Selon F. Alexander (1952), le choix de l'organe atteint dépendra du type de trouble émotionnel. Autrement dit, chaque trouble organique correspond à un trouble émotionnel spécifique.

1.5.2. Approche de la personnalité de Martine par le Rorschach

L'approche du fonctionnement psychique de Martine sera simplement faite par le Rorschach¹⁸². Dans cette approche, on peut se référer à deux niveaux d'analyse : le niveau quantitatif et le qualitatif.

En ce qui concerne l'analyse des données quantitatives, il s'agit d'analyser le psychogramme. Cette analyse porte sur la productivité, le temps mis par le sujet, le pourcentage des différentes réponses et les données qualitatives qui ont accompagné les réponses du sujet.

Au niveau de la productivité, avec 28 réponses, Martine se situe dans une production normale (20 et 30), vu son niveau intellectuel pas très élevé (6^{ème}). Ce qui correspond à 45 secondes comme temps par réponse. Avec un temps de latence de 10" –alors que le temps de latence moyen est de 36" –on peut dire que la première planche est une fuite en avant. En ce sens, on peut ranger les planches selon les temps de réactivité : celles dont les temps de réaction se situent entre 10" et 25" (I, III, VI, VII et X) et celles dont les temps de réaction se situent entre 40" et 1'25 (IV, VIII et IX). Si le temps de latence moyen est de 36", on peut constater qu'il y a, d'un côté, une rapidité du temps de réaction, et de l'autre, une lenteur. Quel sens peut-on alors donner à l'allongement du temps aux planches IV, VIII et IX ?

Le symbolisme de la planche IV renvoie à la toute puissance phallique. Alors que les planches VIII et IX, planches pastel, des émotions et des affects, renvoient au type de relation que le sujet peut avoir avec son environnement. La planche VIII est une planche des « *contacts avec le monde extérieur* ». Et la planche IX, planche utérine, renvoie aux références maternelles précoces. Quels liens ces différentes planches peuvent-ils avoir avec la problématique du sujet ? Par ailleurs, la lenteur de Martine peut-elle renvoyer à

¹⁸⁰ Franz Alexander (1952). *La médecine psychosomatique*. Paris, Payot, 1977.

¹⁸¹ Pierre Marty et Michel de M'Uzan (1962) La pensée opératoire.. *Revue Française de Psychanalyse*, 1963, 27, pp. 345-356.

¹⁸² L'humeur dépressive qui habitait Martine la maintenait clouée chez elle, l'empêchant de se présenter à certains rendez-vous d'entretien et de consultations. C'est aussi dans ce sens que je n'ai pas pu effectuer ma passation du TAT.

une simple inhibition liée à l'importance des planches ou bien peut-elle être liée à l'élaboration des données du matériel ? Autrement dit, le long temps de réaction peut-il être lié à des conduites passives ou actives du sujet ?

Dans les réponses données, on va s'intéresser maintenant aux modes d'appréhension, aux déterminants et aux contenus.

En ce qui concerne les modes d'appréhension, on peut dire que tous les modes ne sont pas représentés et que seules les découpes sont perçues par Martine : D, Dd, Dbl, Ddbl. L'analyse des réponses D permet de noter qu'elles sont inférieures aux normes (32<60%). Ce qui pourrait signifier un moindre intérêt pour le concret, le banal. L'absence des banalités confirme bien cette hypothèse. Le nombre important des réponses Dd (39%) pourrait signifier la présence d'une angoisse. Cette hypothèse est confirmée par l'existence des formes de mauvaise qualité (F-). Associée à des contenus humains et anatomiques, cela m'amène à faire l'hypothèse d'une angoisse qui pourrait reposer sur des préoccupations de santé physique, notamment une angoisse hypocondriaque.

L'analyse des déterminants permet de noter que le F% et le F+% ne sont pas dans les normes avec 100% et 14%. Le F% est largement au-dessus des normes (60-65%) alors que le F+% est en dessous (70-80%). L'élévation du F% pourrait signifier l'existence des tendances dépressive chez Martine. Ces tendances dépressives se caractérisent par un étouffement de la vie affective, une difficulté de contact avec le monde environnant. Alors que la baisse considérable du F+% expliquerait une difficulté de contrôle aussi bien de la réalité interne qu'externe. Ainsi, chez Martine, on peut noter un recours insuffisant aux éléments de la réalité objective et une difficulté de mainmise sur le réel. Cette hypothèse se vérifie par l'existence de nombreuses formes de mauvaise qualité.

En ce qui concerne le pôle sensoriel, il n'est pas du tout représenté ($\Sigma C = 0$). Avec un pôle kinesthésique non représenté aussi, exprimant une pauvreté de la vie fantasmagique, on peut dire que Martine se situe dans un fonctionnement psychique de type ambiéqual. Dans ce sens, l'inhibition constatée peut-elle être liée à une pauvreté de la vie affective ou à une lutte contre les affects suscités par les planches ? Lorsqu'on se réfère aux planches pastel, on constate une lenteur des réactions. Cette lenteur se justifie par un temps de latence moyen des planches pastel qui est de 1 minute. Ce qui est largement supérieur au temps de latence moyen de toutes les planches. Cette lenteur serait plutôt due à un trouble lié aux sollicitations des planches. Par contre, la multiplication des réponses détail, l'absence des réponses kinesthésiques peut être l'expression d'une pauvreté de la vie affective et émotionnelle de Martine.

En s'intéressant aux contenus des réponses, on peut voir que Martine utilise deux contenus principaux : Hd et Anat. A partir de ces deux contenus, on peut noter une attention portée sur le monde relationnel interne (H%= 70) et des préoccupations anatomiques. L'incapacité à appréhender une image du corps dans la totalité (Hd) et l'existence des contenus anatomiques seraient un signe d'angoisse en relation avec le vécu corporel. En ce sens, on peut noter que la partie du corps qui est la plus citée par Martine est le « ventre » ou le « bas ventre ». Ce qui laisse dire que le ventre pourrait être la source d'angoisse. Au cours des entretiens avec le sujet, il convient de noter que Martine ressent d'énormes douleurs au ventre. Cela remonterait à la période après son accouchement. Au-delà de ce vécu corporel, on peut noter certaines réponses à

symbolisme sexuel masculin comme : « *bras* », « *épaules* », « *cou* », « *tronc* » (I, IV, VI et IX) et féminin : « *ventre* » (I, II, VI, VII et X).

En ce qui concerne l'attitude du sujet, on peut noter que la verbalisation de Martine est modérée. Elle ne répond qu'aux questions qui lui sont posées. Toute la passation et les entretiens vont souffrir de cette verbalisation mesurée. On peut noter que le pronom « *Je* » apparaît dès la première planche, et pratiquement à toutes les planches, sous forme de : « *Je vois* ». Cette formulation montre l'existence d'une conscience dans l'interprétation de la tâche. Cette conscience d'interprétation se justifie par la réponse que Martine donne dans les choix négatifs (II et V) où elle dit : « *puisque je n'ai pas compris ce qu'il y a dedans* ». Autrement dit, pour le sujet, l'absence de réponses aux planches II et V, constituant des chocs au Rorschach, est liée à un problème de compréhension. C'est aussi à ces planches (II et V) qu'elle dit ne rien voir (« *Je ne vois rien* »). Au-delà de ces réponses, s'ajoute le fait que le sujet regarde derrière la planche (II, V et X). Cette attitude peut exprimer une certaine gêne à l'origine des chocs observés aux planches II et V. Par ailleurs, on peut noter d'autres éléments apparaissant à la fin de chaque planche : « *c'est tout* ». Et on peut le noter à toutes les planches. Comme si le sujet voulait s'assurer de ne plus rien dire après ou de ne pas aller au-delà de ce qui doit être dit.

Ainsi, à travers ces éléments, on peut noter chez le sujet la difficulté à se situer dans un champ relationnel. Car Martine est attirée par ses préoccupations internes qui l'empêchent d'être en contact avec l'extérieur. Cette conflictualisation interne se caractérise par une somatisation.

Après l'analyse quantitative, on va maintenant s'attacher à faire une analyse qualitative, à l'issue de laquelle on émettra des propositions d'hypothèses. Cette analyse portera sur une approche cognitive et celle des facteurs relevant de la dynamique conflictuelle.

Au niveau de l'approche cognitive, l'analyse portera essentiellement sur les réponses détail car elles constituent l'essentiel du protocole de Martine. En ce qui concerne les réponses D, elles apparaissent aux planches I, VIII, IX et X.

La planche I favorise une approche globale et unitaire. A partir de la réponse D de la planche I, on peut s'interroger sur la question de cette unité corporelle du corps du sujet. Ici, la référence au terme « *poitrine* », au corps, exprime une sollicitation narcissique. Ce qui m'amène à m'interroger sur l'image que le sujet peut avoir de son corps ? Est-il bien perçu ? Autrement dit, Martine a-t-elle une bonne représentation de soi ? La forme de mauvaise qualité (F-) qui accompagne la réponse D permet de voir dans cette réponse une mauvaise représentation de soi, liée à un état dépressif et anxieux.

Dans les autres planches (VIII, IX et X), pastel, les réponses D s'inscrivent dans la même logique qu'à la planche I. A la planche VIII par exemple, en mettant l'accent sur les contenus humains partiels (« *partie des côtes* », « *poitrine* », « *fesse* »), Martine pose toujours le problème de la représentation de soi, ignorant tout contact relationnel avec le monde extérieur. Pour cela, les réponses D sont un mécanisme de défense contre toute représentation de relations. Ainsi, la multiplication des réponses D aux planches pastel peut être comprise comme des défenses contre l'émergence des affects suscités par les planches pastel. Ce qui permet de ne pas saisir le type de rapport que le sujet a avec le

monde extérieur.

En ce qui concerne les réponses Dd, elles sont les plus nombreuses. Elles apparaissent aux planches I, III, IV, VI et VII. Les réponses Dd données à la deuxième réponse et à la quatrième de la planche I : « ...c'est les bras » et « ... c'est le ventre » peuvent renvoyer à un symbolisme sexuel masculin et féminin. Si la réponse « bras » est accompagnée d'une bonne qualité formelle, tel n'est pas le cas de la réponse « ventre » qui est ensuite précédée d'une précaution verbale (« A peu près »). Aux planches III, IV, VI et VII, les réponses réceptives comme « ventre », « place où il y a le cœur », « vessie » renvoient au symbolisme sexuel féminin. Alors qu'aux planches IV et VI, les réponses « épaules », « reins », « cou » et « tronc » sont des réponses à symbolisme sexuel masculin. Ainsi, à travers les réponses Dd, on peut observer une tonalité sexuelle chez Martine. Dans ce sens, l'utilisation de ce mode d'appréhension constitue pour le sujet un moyen d'expression des pulsions sexuelles, expression facilitée par les sollicitations des planches. Le refoulement, l'isolation, le déplacement constituent les mécanismes les plus utilisés dans cette appréhension de la réalité des planches.

Ainsi, à travers ces modes d'appréhension en détail, Martine essaie de saisir la réalité avec minutie. Cependant, associées à la mauvaise qualité formelle, les réponses détails permettent au sujet de lutter contre les mouvements pulsionnels sexuels qui surviennent aux planches pastel. Selon la théorie « du fil projectif », les sollicitations des planches précédentes ont laissé des traces qui essaient de s'exprimer aux planches pastel. En effet, les réponses à symbolisme sexuel masculin comme : « bras », « épaules », « cou », « tronc » (I, IV, VI) et féminin : « ventre » (I, II, VI, VII) qui n'ont, peut-être, pas pu s'exprimer plus tôt, tentent d'émerger à ces planches pastel. C'est pour éviter leur émergence que Martine focalise son attention sur les contenus anatomiques. Dans tous les cas, aux planches IX et X, on peut toujours l'existence de ces réponses à symbolisme sexuel féminin : « vessie », « ventre », « bas ventre » et masculin : « tronc », « membranes ». Ces réponses sont données suivant un mécanisme d'isolation.

Quant aux réponses intermaculaires, elles apparaissent aux planches I, III, VII, IX et X. A la planche I, la réponse « côtes » apparaît à la suite de la réponse « ...partie de la poitrine... ». Sur la base des associations, ces réponses mettent l'accent sur la dimension sexuelle de la représentation qui a été combattue dans un premier temps. A la planche III, la réponse « ventre » s'inscrit en résonance avec le contenu latent du matériel qui se caractérise par une angoisse de castration et/ou par la relation à l'image maternelle. Lors des entretiens, Martine se plaint des douleurs au « ventre » ou « bas ventre ». Ici les deux termes peuvent renvoyer au sexe et que par raison de pudeur, le sujet aurait choisi de parler de ventre. De ce fait, la douleur ressentie par le sujet peut renvoyer à une forme de castration chez le sujet. A la planche VII, la réponse intermaculaire est associée à une image réceptive (« ventre ») dont la connotation symbolique renvoie à l'identification féminine. Les réponses Dbl et Ddbl de la planche IX font appel aux contextes déjà rencontrés aux planches I et III ou VII. En effet, on note l'évocation de la réponse « poitrine » en référence à une symbolique phallique comme on a pu le voir avec les réponses « côtes » à la planche I. La relation entre ces deux images pourrait renvoyer à une situation d'acte sexuel ou de fantasme de scène primitive. A la palanche X, les réponses « ventre », « bas ventre » et « vessie » font référence, comme aux planches III

et VII, à l'image maternelle et l'identification féminine.

Ainsi, l'intérêt de Martine pour les lacunes intermaculaires peuvent s'inscrire dans une double direction : elle se réfère à l'angoisse de castration et d'un point de vue pré-génital, elles envoient à l'imago maternelle, des fantasmes de scène primitive. En se référant aux réponses intermaculaires, Martine réactive les frustrations éprouvées.

Si les réponses D peuvent avoir pour rôle de lutter contre l'émergence des pulsions sexuelles, celles-ci réapparaissent au niveau des réponses Dd et que les réponses Dbl et Ddbl viennent réactiver.

En ce qui concerne les déterminants, le contrôle formel n'est pas satisfaisant comme on a pu déjà le voir. L'exclusivité du F% (100%) est le signe de l'étouffement de la vie affective du sujet, d'un contact spontané et d'une tendance dépressive. Ce contrôle formel non satisfaisant se caractérise par la présence d'une majorité des réponses de mauvaise qualité formelle à toutes les planches (F-= 85%) et de deux chocs aux planches II et V : renvoyant d'une part, aux représentations archaïques et d'autre part, à la représentation de soi. L'absence de kinesthésie chez le sujet signifierait une absence de recours au monde imaginaire et une impossibilité à élaborer les conflits. A ce niveau, suite à l'absence de fantasmatisation, on peut noter un fonctionnement de « *type opératoire* » (P. Marty et M. de M'Uzan, 1962). Ce fonctionnement opératoire se caractérise par des troubles somatiques, utilisant des mécanismes de conversion, de déplacement.

Ainsi, le fonctionnement cognitif de Martine repose sur un fonctionnement opératoire lié un défaut de mentalisation et de secondarisation. En ce sens, le recours à l'imaginaire semble impossible et par conséquent, les conflits internes se déversent sur le soma.

Même si on peut noter une socialisation de base chez le sujet, les conflits personnels entraînent une difficulté d'adaptation exprimée par le D% et le F+% peu élevés, l'absence de banalité et de A%. Cette adaptation n'est pas recherchée. Martine est plutôt centrée sur elle-même, en mobilisant des défenses pour lutter contre les affects douloureux provenant du monde extérieur. Ainsi, l'attitude de repli constitue un moyen de protection contre ces sollicitations venant du monde extérieur.

Dans le cadre de la dynamique conflictuelle, on peut s'intéresser à plusieurs facteurs. Pour cela, on va analyser le Type de Résonance Intime et ses composantes. Le fonctionnement de type ambiéqual noté plus haut montre une absence de réponses kinesthésique, d'où l'absence de la dimension imaginaire, dynamique et créatrice dans le fonctionnement mental. Cette absence de fonctionnement imaginaire est valable non seulement dans les relations au monde extérieur mais aussi dans les relations avec le monde interne.

En ce qui concerne les réponses sensorielles, une absence de réponses intégrant les caractéristiques sensorielles liées au matériel. Dans cette perspective, peut-on dire qu'il s'agit d'une personnalité peu sensible, repliée dans son monde ? Si les éléments qualitatifs vus plus tendent à confirmer l'hypothèse d'un repli du sujet, par contre, la présentation de la première planche chromatique entraîne chez le sujet un retournement de la planche, qui peut être un signe de trouble. Le choc réponse qui suit à la planche II, n'est que l'expression de ce trouble.

L'allongement des temps de latence aux planches pastel (VIII et IX), à l'origine des chocs temps, montre bien une sensibilité au matériel présenté, l'impression de malaise lié aux stimulations externes plus intenses. Ainsi, les modes d'appréhension privilégiant les réponses détail et intermaculaires peuvent-ils être considérés comme des défenses utilisées par Martine ? L'absence de réponse en relation avec la couleur pose la question de la relation du sujet à l'autre. En se repliant sur elle-même, Martine tente d'éviter toute pulsion libidinale et agressive. A ce point, seule l'aspect narcissique est privilégié, dans sa dimension dépressive. Par ce retrait narcissique, le sujet tente de déssexualiser la situation, en recourant au mécanisme de déplacement comme aux planches I, IV, VI et IX où on peut noter un fantasme de coït.

Ainsi, chez Martine, la difficulté d'expression des affects n'est pas liée à une pauvreté du fonctionnement psychique mais à un excès de stimulations externes sur le monde interne. Ce qui lui permet de contre investir ces stimulations externes.

En somme, sur la base ces éléments, on peut tirer un certain nombre d'interprétations sous-tendues par l'analyse qui vient d'être présentée. Sur le plan du diagnostic psychopathologique, il s'agit d'une organisation névrotique avec un fonctionnement de type psychosomatique. Bien qu'ayant un rapport au réel concret, les difficultés internes rendent mauvaise la qualité du rapport au réel chez Martine. Pour cela, on peut noter un certain nombre de mécanismes de défense, parmi lesquels le déplacement, la dénégation, le refoulement. Au niveau conflictuel, il s'agit d'une angoisse de castration, à l'origine d'un conflit interne. Cette conflictualisation entraîne un défaut de mentalisation qui se caractérise par des troubles somatiques.

Ce mode de fonctionnement apparaît dans les organisations défensives obsessionnelles se caractérisant par l'attachement aux détails, à la formalisation excessive, un surinvestissement du percept, une mise à l'écart du sensoriel. Dans ce sens, le F% élevé renvoie à l'isolation entre les deux représentations ou une représentation et l'affect.

Cependant, la formalisation excessive peut apparaître dans d'autres contextes rigides, notamment les organisations de type paranoïaque. En effet, le recours au formel s'inscrit dans un souci de vigilance, de méfiance afin de ne pas laisser se faire voir par l'autre, notamment le clinicien. Dans ce sens, les éléments qualitatifs permettent de noter une verbalisation limitée pouvant peut-être s'expliquer par une méfiance, une vigilance. L'absence de massivité des processus primaires, de délire persécutif et interprétatif m'amènent à exclure cette hypothèse d'organisation paranoïaque. En revanche, on peut parler de l'existence d'une personnalité de type paranoïaque. Cela se justifie par la présence des sentiments de persécution auxquels le sujet est confronté. Pour Martine, si elle est malade, c'est à cause de son oncle. C'est cette étiologie liée aux croyances qui est mise en avant pour comprendre l'origine de la maladie comme on le verra dans le chapitre suivant ¹⁸³.

Ainsi, à travers la formalisation excessive, se pose le problème de la projection. Comme on l'a vu Rorschach, il y a un pourcentage élevé des réponses formelles. Cet

¹⁸³ Voir Tentative de compréhension des représentations culturelles pour l'interprétation de la maladie.

accroissement de la formalisation est l'expression d'une rigidité des mécanismes de défense. Ce qui permet alors au sujet d'utiliser la réalité extérieure, perceptive, objective pour éviter les émergences des pulsions et des fantasmes. Or, la mauvaise qualité des réponses formelles sous-tend une attitude projective à l'origine des déformations perceptives. Pour Martine, il y a désinvestissement de la réalité objective des relations objectales. Ce qui entraîne des mécanismes projectifs à l'origine d'une personnalité paranoïaque.

1.6. Synthèse des cas

L'analyse de tous ces cas a permis de noter un ensemble de caractéristiques qu'on peut résumer dans le tableau qui suit :

	Organisation psychopathologique	Modes de l'appréhension	Déterminants	Registre conflictuel	Procédés
Angèle	Etat-limite, versant psychotique	G>N ; D<N et Dd>N	F%<N et F+>N	Angoisse de castration	Inhibé et Introverti (TRI=2K/1,5C)
Pierre	Etat-limite	G>N	F%>N et F+=N	Angoisse de perte d'objet	Rigide et Introverti (TRI= 1K/0C)
François	Etat-limite, versant psychotique	G>N ; D<N et Dd<N	F%>N et F+%<N	Angoisse d'anéantissement et de perte d'objet	Extraverti
Thomas	Psychotique	G=N ; D<N et Dd>N	F%=N et F+<N	Angoisse de perte d'objet	Labile et Extraverti (TRI= 2K/14C)
Martine	Névrotique	D<N et Dd>N	F%>N et F+%<N	Angoisse de castration	Rigide et Ambiéqual (TRI= 0K/0C)

Sur la base de ces éléments, on peut noter que tous les sujets s'inscrivent dans une lignée pathologique. Chaque cas présente une souffrance qui lui permet d'utiliser les procédés pour exprimer sa souffrance. De ce fait, le fonctionnement psychique de chaque sujet est sous-tendu par différents mécanismes. De l'ensemble de ces mécanismes, on peut noter principalement un ensemble de caractéristiques, parmi lesquelles une formalisation excessive (Pierre, François, Martine), une augmentation de réponses couleur (Thomas).

Le fort pourcentage des réponses formelles (F%) est l'expression d'une centration sur le descriptif, le factuel. Cette formalisation signifierait par une pauvreté fantasmatique, avec la prédominance de la pensée opératoire (P. Marty, 1976)¹⁸⁴ dont le but est de

¹⁸⁴ Pierre Marty, *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris, Payot, 1976.

comblent les manques d'élaboration en surinvestissant la réalité, comme c'est le cas de Martine. En surinvestissant la réalité, on note un évitement du sensoriel, un surinvestissement du percept, des mécanismes d'isolation entre des représentations, des affects. 1

Pour C. Chabert (1977, 121)¹⁸⁵, au-delà d'une organisation obsessionnelle, cette formalisation apparaît aussi dans les organisations de type paranoïaque : « *le recours au formel s'inscrit dans un souci de vigilance ou de méfiance qui pousse le sujet à circonscrire la réalité extérieure pour ne pas se laisser voir par l'autre : se laisser aller à dire ses fantaisies constitue un danger permanent qui expose à l'intrusion persécutive du clinicien [...]. La formalisation s'intègre alors paradoxalement à une attitude globalement projective et interprétative qui entraînera des déformations perceptives portant atteinte à la qualité des productions arbitrairement justifiées* ».

Cette attitude projective et interprétative peut aussi se retrouver à travers l'augmentation de réponses couleur. Celles-ci se caractérisent par une description de la planche comme c'est le cas chez Thomas. Pour C. Chabert (1997, 165), l'utilisation des réponses couleur par le sujet est un écran, car n'appelant pas à des associations. Dans ce sens, elles ont valeur de défense contre l'émergence des fantasmes. Cependant, la mauvaise qualité des formes conduit le plus souvent à l'expression des mécanismes projectifs.

Ainsi, l'excessivité de la formalisation ou de la sensorialité repose sur un caractère pathologique. A défaut de trouver des contenus persécutifs et interprétatifs dans les réponses du Rorschach, certains mécanismes (formalisation) peuvent permettre la compréhension de l'existence d'un vécu persécutif. Vécu qui existe dans des entretiens des patients¹⁸⁶. La question est de savoir pourquoi ces contenus persécutifs apparaissent peu ou rarement au Rorschach chez ces personnes ?

Tous ces cas cliniques ont pour base commune l'existence d'une situation dépressive chez chaque sujet. Comme on a pu le noter, de nombreux facteurs ont favorisé et déclenché la décompensation psychopathologique des sujets. Parmi ces facteurs, il y a, par exemple, les situations de deuil vécues par Angèle (père et mère), François (son frère aîné), Thomas (père et mère). On a pu aussi voir l'importance des déceptions sentimentales et autres difficultés de la vie quotidienne vécues par François et Martine. Toutes ces situations ont pu favoriser l'installation d'une situation dépressive. Ce qui a eu pour conséquences la fragilisation, jusqu'à la décompensation psychopathologique.

Dans ce sens, on peut dire que la dépression a pu être causée par une déception, une rupture (avec l'objet d'amour). En partant de la comparaison entre mélancolie et deuil, S. Freud (1915)¹⁸⁷ montre comment la dépression peut être à l'origine d'une souffrance psychique. Pour l'auteur, la dépression est la conséquence d'un travail de deuil qui n'arrive pas à s'accomplir. Au cours de ce travail, le Moi s'identifie à l'objet perdu. En plus,

¹⁸⁵ Catherine Chabert, *Le Rorschach en clinique adulte*. Interprétation psychanalytique. Paris, Dunod, 1997, 273 p.

¹⁸⁶ Voir Tentative de compréhension des représentations culturelles pour l'interprétation de la maladie.

¹⁸⁷ Sigmund Freud (1915), Deuil et mélancolie. *Métapsychologie*. Paris, Editions Gallimard, 1968, pp. 145-171.

il y aurait un conflit ambivalentiel au cours duquel le sujet s'adresse à lui-même la haine qu'il pourrait avoir contre l'objet perdu :

« l'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi, qui peut alors être jugé par une instance particulière comme un objet, comme l'objet abandonné. De cette façon, la perte de l'objet s'était transformée en une perte du Moi, et le conflit entre le moi et la personne aimée en une scission entre la critique du Moi et le Moi modifié par identification ». (S. Freud, 1915, 156)

Cette situation de perte peut être à l'origine d'un deuil. Et c'est cette perte de la personne aimée qui a pu être à l'origine de l'état dépressif du sujet. En ce sens, on peut noter que la situation de deuil a pu être à l'origine de la décompensation psychopathologique de certains sujets rencontrés.

Cependant, pour S. Freud (1915), le deuil peut prendre deux destins chez le sujet : le normal et le pathologique. D'un côté, il y a le deuil normal dans lequel on peut noter chez les sujets un état d'inhibition et de désintérêt pour le monde environnant. Cette forme de deuil est *« surmonté après un certain laps de temps »*. Au cours de cet état, le sujet se trouve dans une *« inhibition et une absence de d'intérêt qui sont le résultat d'un travail de deuil qui absorbe le moi »*¹⁸⁸. Et de l'autre, il y a le *« deuil pathologique »* qui, comme le normal, est une réaction à une perte d'objet. Seulement, dans cette dernière forme de deuil, S. Freud (1915, 158) note l'existence d'une ambivalence dans les relations d'amour :

« La perte de l'objet d'amour est une occasion privilégiée de faire valoir et apparaître l'ambivalence des relations d'amour. Là où la prédisposition à la névrose obsessionnelle est présente, le conflit ambivalentiel confère de ce fait au deuil une forme pathologique et le force à s'exprimer sous la forme d'auto-reproches selon lesquels on est soi-même responsable de la perte de l'objet d'amour, autrement dit qu'on l'a voulue ».

C'est dans ce sens que S. Freud (1915) parle dépression mélancolique. A travers ce syndrome, les causes déclenchantes vont au-delà de la simple perte de l'objet due à sa mort ; elles reposent aussi sur des situations dans lesquelles le sujet subit un préjudice, une humiliation, une déception ou vit des situations conflictuelles teintées d'ambivalence. Les difficultés existentielles (conflits relationnels, les effets de l'individualisme) vécues par les différents sujets ont-elles pu déclencher la maladie ?

Ainsi, peut-on dire que les situations de deuil, les déceptions ont pu être à l'origine de cette souffrance psychique chez les sujets. A travers ces deuils, déceptions, se pose la question de la rupture du lien entre le sujet et l'objet ou de la perte de l'objet. P. Racamier (1983)¹⁸⁹ parle de rupture de lien d'amour. Dans cette perspective, on peut noter que les conflits conjugaux, ayant entraîné le départ de la maison de l'époux de Martine, peuvent être considérés comme une rupture de lien d'amour avec sa femme : elle ne voyait plus son mari à la maison. Il en va de même de la rupture relationnelle entre François et sa petite fiancée. C'est aussi le cas pour les deuils qu'a vécus chacun des sujets.

¹⁸⁸ Sigmund Freud (1915), Op. Cit. p. 149.

¹⁸⁹ Paul Racamier, *Les schizophrènes*. Paris, Payot, 1983.

Cependant, on peut dire la souffrance psychique de chaque sujet a pu être mise en évidence par les difficultés existentielles rencontrées. Autrement dit, à eux seuls, les deuils, les déceptions, les conflits relationnels n'ont pas pu entraîner une décompensation psychopathologique. Ces éléments ne peuvent être considérés que comme des « *facteurs déclencheurs* » de la maladie. Ce qui voudrait dire que chaque individu était déjà fragilisé. L'origine remonterait dans son enfance.

Dans sa théorie sur la séduction, S. Freud (1895)¹⁹⁰ parle d'un traumatisme premier qui se serait passé au cours des premières années de la vie du sujet. Autrement dit, le symptôme a un rapport avec un traumatisme passé. Vers la période adolescente ou après, il y a un deuxième traumatisme qui viendrait déclencher la maladie. Pour S. Freud (1896)¹⁹¹, si le traumatisme se passe pendant l'immaturation sexuelle, son souvenir est réveillé pendant ou après l'époque de la maturation. Car à cette période, la puberté a immensément augmenté la capacité de réaction de l'appareil sexuel. Les traumatismes infantiles agissent après coup comme des expériences mais de façon inconsciente. De tous les cas rencontrés, peut-on dire qu'il y aurait eu dans leur enfance un premier traumatisme qui n'a pas été symbolisé et le deuxième traumatisme serait lié à toutes ces situations traumatiques énoncées ci-dessus ?

Un autre facteur à ne pas négliger est celui lié à la période de l'adolescence. Lorsque Pierre et François décompensent pour la première fois, ils sont dans l'âge de l'adolescence. La souffrance identitaire est d'autant plus importante qu'elle s'exprime à l'adolescence, moment où toutes les problématiques sont réveillées chez le sujet. Ainsi, le passage à l'acte toxique, l'appartenance religieuse sont les conséquences de la souffrance identitaire que vient réveiller la période de l'adolescence ?

En ce qui concerne la religion, le désir de devenir croyant pourrait constituer pour Angèle, Pierre, Thomas une façon de rechercher une image sécurisante. Celle-ci n'est pas retrouvée dans la vie réelle. Pour cela, seule la religion peut la leur offrir. Pour S. Freud (1927)¹⁹², la prise en compte de la religion par le sujet est l'expression de la recherche d'une image maternelle sécurisante absente dans l'enfance. Ici, on peut dire que les individus se sentent dans une insécurité qui ressemblerait à celle vécue dans son enfance. Ce qui les pousserait à accepter une religion pouvant incarner cette sécurité pour le sujet.

Dans tous les cas, et d'un point de vue psychopathologique, la dépression peut être comprise comme liée à un événement ou à une situation psychologique conflictuelle (E. Pewzner, 2000)¹⁹³. Des entretiens avec ces sujets, il ressort que de nombreux événements liés à des difficultés existentielles ont pu entraîner cette souffrance

¹⁹⁰ Sigmund Freud (1895), *Etudes sur l'hystérie*. Paris, PUF, 2002, 15^{ème} édition, 254 p.

¹⁹¹ Sigmund Freud (1896), Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense. *Névrose, psychose et perversion*. Paris, PUF, 1989, pp. 61-81.

¹⁹² Sigmund Freud, (1927), *L'avenir d'une illusion*, Paris, PUF 1971.

¹⁹³ Evelyne Pewzner, *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris, Armand Colin, 2000, 192 p.

psychique.

Suite à la souffrance psychique que viennent renforcer les difficultés existentielles, les individus utilisent dans leur discours les représentations culturelles pour pouvoir comprendre non seulement les difficultés mais aussi et surtout la souffrance à laquelle le sujet est confronté. Dans ce sens, quelle est l'importance de ces représentations culturelles sur le fonctionnement psychique ?

2. Tentative de compréhension des représentations culturelles pour l'interprétation de la maladie

Dans cette recherche, la caractéristique commune des cas rencontrés est de trouver dans les discours des patients des représentations culturelles. Celles-ci se caractérisent par l'existence des croyances religieuses (liées aux églises) et traditionnelles (sorcellerie). Pour chaque cas rencontré, l'origine de sa maladie est liée soit au péché, soit à la sorcellerie. Cette existence des croyances dans les discours des individus se justifie par le fait que dans la société, une importance est accordée à ces croyances dans l'interprétation de la maladie¹⁹⁴.

Vu l'importance de ces représentations culturelles, quelle est l'importance de ces croyances dans la représentation et l'interprétation de la maladie par le sujet ? Quelle adéquation y a-t-il entre ce qui est vécu individuellement et la pensée collective ? Autrement dit, qu'est-ce qui appartient au sujet ou à la collectivité dans tout ce qu'il exprime dans son discours ?

A travers ces questionnements, se posent les questions des relations entre le sujet et le groupe et celles du vécu individuel et groupal.

2.1. Les relations sujet/groupe

La relation sujet/groupe paraît essentielle pour comprendre le sens des conduites et des comportements du sujet, normal ou pathologique. En milieu traditionnel, le sentiment d'appartenance au groupe est beaucoup plus développé qu'en milieu occidental (A. Zemplini et J. Rabain, 1965)¹⁹⁵. Cette appartenance s'exprime par l'utilisation des croyances appartenant au groupe. Par exemple, dans sa famille, il se dit que la tante ou le père, voire la mère est une sorcière. Sur la base de cette appartenance, il y a un « On » surmoïque qui se caractérise par les représentations de la famille, du groupe, montrant ainsi le poids de la culture sur le sujet. Ce qui fait naître un sentiment de culpabilité et une angoisse lorsque le sujet pose un acte répréhensible par la société ou le groupe.

Chez Angèle, on peut noter dans son discours une référence au bien et au mal, bon et mauvais. Avec cette référence, il y a non seulement une opposition, une sorte de manichéisme mais aussi et surtout un sentiment d'ambivalence très présent chez le sujet. A certains moments, les personnages comme la tante, l'oncle ont été vécus comme

¹⁹⁴ Voir Chapitre 1 : Première et Deuxième parties.

¹⁹⁵ Andras Zemplini et Jacqueline Rabain, L'enfant Nit-Ku-Bon. *Psychopathologie africaine*, 1965, I, n°3, pp. 329-441.

faisant du Bien et aussi comme bons. Maintenant, ils sont vus par le sujet comme étant à l'origine du mal.

Dans le cas de François, on peut noter l'existence des croyances liées à la rose croix ou franc-maçonnerie. Dans ces mouvements, selon les représentations culturelles, l'idée du mal est mise en avant. Selon les croyances et représentations sociales, un maçon est celui qui tue. A tel point qu'appartenir à la franc-maçonnerie, c'est faire des sacrifices. Ceux-ci se caractérisent par le fait de donner la mort, des pratiques diaboliques, mystiques dont le but est de donner la mort, etc.

Chez ces sujets, on peut remarquer un changement de représentations. Le sujet délaisse les croyances traditionnelles (initiation, consultation des *nganga*) pour le christianisme. En fréquentant les églises, il y a un renversement, substitution des valeurs identificatoires de la tradition par Jésus-Christ qui guérit, qui est le « *sauveur* ». Par la référence au christianisme et à Jésus, il y a une substitution de la cosmogonie gabonaise traditionnelle par rapport aux représentations judéo-chrétiennes : Jésus, Dieu, etc. Cette référence au Dieu chrétien est à l'origine d'un problème d'identification. On peut y voir aussi un conflit entre différents niveaux de désir chez le sujet.

La relation du sujet au groupe permet de comprendre et de donner un sens aux conduites pathologiques du sujet. Les représentations de la maladie mentale que ressortent les sujets dans leur discours existent bien dans leur groupe familial et dans la société. Pour Angèle par exemple, la lignée paternelle (le père, la tante) et la lignée maternelle (la mère, l'oncle) sont des personnes qui ont déjà été l'objet des accusations de sorcellerie. Certaines consultations faites par le sujet ont pu confirmer la connivence des lignées (paternelle et maternelle) comme à l'origine de ses difficultés de santé et de ses échecs : « ...à certains moments, on attrape le côté paternel, à d'autres moments, c'est le côté maternel. Parfois, ce sont les deux côtés, ils sont de connivence... », affirme la patiente.

Ainsi, le conflit entre le sujet et son groupe d'appartenance peut être source d'angoisse. De ce fait, quelle est l'influence des représentations culturelles dans l'interprétation de la maladie ?

2.2. Représentations culturelles et interprétation de la maladie

Dans la pensée traditionnelle gabonaise, pour être considérés comme appartenant à une maladie « *naturelle* », certains symptômes doivent reposer sur des causes objectives. Sinon, ils sont dits naturels. Dans ce sens, une somatisation sans raison objective fait appel à un ensemble de questions. C'est le cas de Martine qui maigrit sans raison objective, sans être malade. Dans cette perspective, il y a un ensemble de croyances qui sont utilisées pour pouvoir représenter la maladie du sujet. Dans ce cas, c'est le sorcier, est à l'origine de cette maladie. Ainsi, on peut voir qu'il existe dans le groupe des croyances qui permettent au sujet de se représenter et de représenter la maladie.

La caractéristique commune des cas utilisés dans cette recherche est de trouver dans les discours des patients l'existence des croyances (religieuse ou sorcellerie). En effet, pour chaque cas rencontré, l'origine de sa maladie est liée à ces croyances comme le montrent les propos suivant :

- **Angèle** : Au début, elle pense être « ensorcelée par l'oncle sénateur (tuteur) qui est aussi franc-maçon et la tante paternelle. Pour Angèle, les lignées paternelle et maternelle sont à l'origine de sa maladie et plus précisément le côté maternel (oncle). Parmi les raisons qui ont motivé la tante à la maudire, il y a le fait qu'elle veuille qu'elle soit une demoiselle, ramenant de l'argent à la maison pour elle ». Après, c'est parce qu'elle a commis un péché qu'elle est malade : « la maladie peut être liée à un châtement car le seigneur peut châtier une personne parce qu'elle déconne dans la parole de Dieu ».
- **Pierre** : Pour lui, l'origine de la maladie est liée aux propos de malédiction dont il est victime de la part de sa mère. Ces persécutions reposent sur le fait que sa mère n'a jamais accepté que Pierre devienne religieux. « Les parents ne voulaient pas que je devienne diacre. Je priais dans la chambre et cela ne leur plaisait pas. Pour eux, les prêtres font des sacrifices. Ma mère voulait que je travaille et que je lui fasse des petits-fils. Ma mère, mes grands-frères me faisaient des reproches et c'est tout cela qui a causé ma dépression ».
- **François** : Si la femme de François est convaincue qu'il y a un problème de sorcellerie dans la famille, pour François lui-même, il s'agit d'un problème mystique : « j'ai vu avec François des choses graves...il parle seul ; la quartier est envoûté ; il voit des ombres qui passent, etc. Pour cela, elle exhorte les parents de trouver une solution pour le soigner, en tant qu'Africains. Pour cela, il faut aller consulter les nganga pour savoir ce qui se passe...En cassant la dame-jeanne, j'avais fini par perdre la tête. Je me disais que c'était le sang de Jésus et il fallait que je casse...J'ai trouvé des fétiches, des amulettes. C'est ça qui m'a fait pété les plombs ».
- **Thomas** : Dans son discours, il note plusieurs causes à l'origine de sa maladie : « Je suis malade simplement parce que je ne voulais pas adhérer aux croyances traditionnelles qui entraînent le vampire... En refusant d'aller m'initier au *Bwiti*, je n'ai pas accepté la coutume. C'est la raison pour laquelle je suis malade. Par ailleurs, Thomas ajoute ceci : « *Mais quand on parle de la famille qui est à l'origine de ma maladie, moi-même je vois que ce n'est pas toute la famille, mais ce sont mes sœurs. Les parents m'ont fait asseoir sur un fauteuil avec le travail entre mes mains. Ce n'est rien que de la jalousie, de la haine de la part de mes sœurs. Elles voulaient que je vive en mendiant mais moi je travaille mon argent* ».
- **Martine** : Elle situe l'origine de son amaigrissement en relation avec la sorcellerie dont elle est victime de la part de son oncle maternel. Cette accusation est en phase avec les croyances qui existent dans sa famille, relayées par les *nganga* et les églises qu'elle fréquente.

Sur la base de ces éléments, il convient de noter de nombreux traits qui constituent l'ensemble des représentations culturelles, à savoir les croyances à la sorcellerie, les croyances religieuses (modernes) et les mouvements philosophiques (Franc-maçonnerie, Rose-croix). Si chez tous ces sujets, on peut noter l'existence des croyances à la sorcellerie comme facteurs à l'origine de la maladie, on peut aussi voir chez Pierre que la maladie est le résultat d'un combat entre la sorcellerie et la religion. Pour Angèle et

François, ce sont les pratiques franc-maçonniques ou rosicruciennes qui ont déclenché leur maladie. Alors que pour Thomas, il s'agit d'un refus d'adhérer aux croyances traditionnelles.

En ce qui concerne Pierre, en mettant l'accent sur le combat entre la sorcellerie et la religion chrétienne, il soulève la question des conflits des valeurs ou des croyances dans la société. Ce conflit s'exprime par une opposition entre ceux qui croient à la religion chrétienne par exemple et qui se caractérise par le Bien et ceux qui possèdent des croyances traditionnelles, appartenant au monde du mal. Ces deux camps sont tellement opposés qu'il n'y a pas de cohabitation entre eux. De ce fait, tout malheur est vu comme étant lié à la croyance au monde traditionnel. Chez Pierre, on peut se dire l'existence de ces deux formes de croyances dans son milieu entraîne un conflit chez lui, à l'origine d'une certaine angoisse. Ce conflit peut se manifester chez certains par une attitude de rejet des croyances traditionnelles.

En rejetant les croyances traditionnelles, Thomas exprime l'existence d'une situation conflictuelle se manifestant par ce rejet. Celui-ci s'exprime aussi par le refus d'utiliser les thérapies traditionnelles considérées comme diaboliques, au profit de la religion chrétienne. Ce qui a certainement poussé Thomas à ne pas repartir dans son village suivre son traitement, malgré les conseils de son médecin : «...*même les médecins m'ont demandé d'aller me soigner au village car la maladie n'est pas naturelle. J'ai refusé...* ». A travers ce refus, il peut aussi se poser toute la question de la rupture relationnelle du sujet avec ses ancêtres. Car repartir au village est aussi l'occasion de se réconcilier avec les croyances, et en particulier les ancêtres. Alors que le refus a pu susciter un conflit, et par conséquent, une certaine angoisse à l'origine de sa maladie.

Pour Angèle et François, la présence de la Franc-maçonnerie ou de la Rose-croix dans leur discours, comme étant des facteurs à l'origine de leur maladie. Dans l'imaginaire du Gabonais, appartenir à ces mouvements philosophiques, c'est pratiquer les sacrifices de sang. L'existence de la dame-jeanne de sang que note François est bien l'expression de cet imaginaire. L'objectif de ces sacrifices est la recherche des promotions sociales. Dans ce sens, plus sont les personnes hautement placées dans l'administration ou dans le monde politique qui utilisent ce genre de pratiques pour leur promotion. En prenant l'exemple d'Angèle, on peut dire que pour l'une, l'oncle, en tant que sénateur de la République, a été accusé comme pratiquant la Rose-croix. Pour François, c'est son beau-frère qui fait le sacrifice de sang qu'il a trouvé dans une dame-jeanne, dans sa chambre. Il y a aussi la mère qui a des pratiques « *mystiques* », lui permettant d'avoir beaucoup d'argent. En contrepartie, elle puise toute l'énergie de son fils pour le rendre malade. Tous ces éléments constituent pour Angèle et François des facteurs à l'origine de leur maladie.

Quant aux croyances à la sorcellerie, elles constituent le facteur le plus utilisé dans l'explication et la compréhension de la maladie mentale en particulier. Angèle, Pierre, François, Thomas et Martine mettent en relation l'origine de leurs conduites pathologiques avec les actions sorcières. Celles-ci émanent d'un des membres de leur famille. On peut alors noter l'influence du groupe sur l'état psychologique du sujet. En ce sens, il y a des représentations surmoïques qui ont une influence sur le sujet, notamment dans la représentation de sa maladie. Dans cette perspective par exemple, Pierre attribue l'origine

de sa maladie comme le résultat d'un combat entre l'église et la sorcellerie. En devenant religieux, Pierre essaie de défendre et de protéger la maison, notamment sa chambre contre la sorcellerie incarnée par sa mère. Ainsi, les représentations culturelles (croyances à la sorcellerie et religieuses) existant dans la société sont utilisées et réélaborées par les sujets afin de pouvoir représenter sa maladie.

Chez François par exemple, les représentations de la maladie existent dans la famille. La mère, le père, la femme semblent s'accorder à attribuer aux croyances l'origine directe de la maladie de François. Pour la femme de ce dernier, son mari a été ensorcelé et en tant qu'Africains, elle demande à ses beaux-parents d'aller consulter les *nganga*. Quant à son oncle paternel, il demande d'aller consulter les tradithérapeutes pour découvrir l'origine de la maladie de l'enfant. La mère demande une simple bénédiction de la part du père et refuse d'aller consulter les *nganga* car elle est chrétienne. Alors que François lui-même semble se limiter à une origine magique de sa maladie.

Si ces patients représentent leur maladie comme le résultat de la sorcellerie, c'est parce qu'il leur semble déjà avoir entendu que les personnes accusées étaient des sorcières. La responsabilité du phénomène pathologique est attribuée à ces personnes sorcières. Les prises en charge thérapeutique sont entreprises dans ce sens et encouragées par les diagnostics des *nganga*. Cette situation montre l'articulation de l'individu à son groupe.

Ainsi, à travers ces représentations, on peut différencier les croyances religieuses représentées par le christianisme, l'Islam et les croyances traditionnelles composées des croyances à la sorcellerie, l'envoûtement, la magie, l'empoisonnement. Au-delà de ces croyances traditionnelles, on peut rencontrer aussi des actions maléfiques liées à certains mouvements religieux comme la Franc-maçonnerie, la Rose-Croix. Selon les représentations sociales, on a, d'un côté, le Bien et de l'autre le mal. A travers cette position, il se pose aussi chez le sujet la question de l'ambivalence des sentiments que le sujet peut avoir par rapport à ses parents. Ces sentiments peuvent être à la fois bons et mauvais.

Par rapport aux représentations utilisées par le sujet pour représenter la maladie, il convient de se demander ce qui appartient au sujet ou à la collectivité ?

2.3. Des représentations culturelles aux fantasmes individuels

N'ayant trouvé aucune trace des douleurs de ventre, suite aux examens médicaux qui ont été faits, par exemple Martine a pensé que ce sont les sorciers qui sont à l'origine de sa maladie. Sur la base de tous ces éléments, il convient maintenant de se demander le rôle que peuvent jouer les représentations culturelles dans l'expression des fantasmes ? En s'intéressant au vécu du sujet, on peut se demander quel rapport existe-t-il entre d'une part, les fantasmes et les symptômes et d'autre part, représentations culturelles ? Le tout est de savoir quelle est la part des représentations culturelles dans l'expression de ces fantasmes et symptômes ? Autrement dit, qu'est-ce qui appartient au fantasme ou à la culture ?

Par cette reconnaissance des croyances, il y a une expression des fantasmes tant de la part du sujet que des membres de sa famille. Pour J. P. Valabrega (1967, 165)¹⁹⁶, « *le*

symptôme et le fantasme renvoient au mythe. Ce que le symptôme et le fantasme représentent, c'est ce que le mythe a mis en forme sur le plan culturel dans les représentations persécutives admises par le groupe ». Or, pour D. Anzieu (1970), le mythe est une prise de contact avec l'inconscient qui tient celui-ci dans le temps et éventuellement dans l'espace ; plus encore que dans le rêve, l'élaboration secondaire parce qu'elle est collective, distord les représentations inconscientes. Ainsi, pour l'auteur, les mythes parlent aux hommes non pas du monde extérieur mais du monde intérieur, non pas de la réalité mais des fantasmes, ainsi que des désirs et des angoisses qui y sont alliés.

Le désir sur le mythe permet de comprendre le caractère collectif de la croyance. C. Lévi-Strauss (1949) s'appuie sur un document magico-religieux collecté chez les Indiens Cuna (Panama). L'auteur y décrit une scène d'incantation aidant un accouchement difficile. Au cours de cette incantation, un récit mythique accompagne le chant de la parturition. Le récit mythique met en scène des monstres auxquels les esprits doivent s'opposer. Pour l'auteur, la guérison n'est possible que parce que les monstres à l'origine de la maladie n'existent pas. Il s'agit simplement d'une relation entre symbole et symbolisé. Le chaman fournit à son malade un langage. Mais celui-ci a une efficacité car le « malade » croit au mythe, ainsi que le groupe social auquel il appartient. Dans cette perspective, C. Lévi-Strauss (1958)¹⁹⁷ note qu'à l'absence de reconnaissance par le groupe, les pouvoirs du sorcier se perdent.

Ayant travaillé sur les croyances à la sorcellerie, S. Barbas (1983)¹⁹⁸ montre que croire à la sorcellerie, c'est implicitement reconnaître l'existence d'un « *mode archaïque de satisfaction* » où le désir est comblé de façon imaginaire. Avec les mécanismes de projection qui sous-tendent la croyance, ce mode de satisfaction n'est pas accessible. C'est plutôt le refoulement qui, en dernière instance, en interdit l'atteinte.

En prenant l'exemple du sorcier qui jette le sort ou rend la personne malade, on peut dire que le mode archaïque de satisfaction ou de la sorcellerie serait lié à la nature du lien entre le sort, la maladie et le sorcier. Ce lien magique entre le sorcier et la maladie serait de nature métonymique. Dans les croyances, la maladie est bien souvent la manifestation de la présence réelle du sorcier.

Comment peut-on faire la relation entre les représentations exprimées par le sujet et son propre vécu ? La structure de personnalité, capable de rendre compte de l'utilisation des représentations ou des croyances dans le discours, est l'hystérique. A partir de l'hypnose, puis de la technique de l'association libre, S. Freud (1895, 1)¹⁹⁹ constate que

¹⁹⁶ Jean Paul Valabrega, *Phantasme, mythe, corps et sens*. Une théorie psychanalytique de la connaissance. Paris, Payot, 1992, 380 p.

¹⁹⁷ Claude Lévi-Strauss (1958), Le sorcier et sa magie. *Anthropologie structurale*. Paris, Plon, 1974, pp. 183-203.

¹⁹⁸ Stéphane Barbas. *Psychodynamique des croyances de sorcellerie illustrées par leurs aspects actuels dans le Limousin*. Thèse de Doctorat en Médecine, 1983, Université Paris 11 Kremlin-Bicêtre, 241 p.

¹⁹⁹ Sigmund Freud, Joseph Breuer (1895), *Etudes sur l'hystérie*. Paris, PUF, 14^e édition, 2000, 254 p.

les phénomènes et les événements présents dans le discours de l'hystérique « *sont des souvenirs de l'époque où le symptôme fut sa première apparition* ». Et il ajoute : « *Lorsqu'en traitant des hystériques, nous apprenons de leur bouche que, lors de chacun de leur accès, ils ont la vision hallucinatoire de l'incident qui a provoqué la première attaque, nous apercevons nettement ici encore le rapport de cause à effet [...]* ».

A cet effet, convient-il de noter que l'hystérie permet de rendre compte du devenir du pulsionnel dans le cadre d'une relation transférentielle. Ainsi, les représentations culturelles ont nourri les fantasmes de chaque individu et ont participé à la représentation de la maladie. Les croyances à la sorcellerie correspondent à des projections de la vie psychique. Pour S. Freud (1911)²⁰⁰, elle consiste en une « *opération par laquelle le sujet expulse dans le monde extérieur des pensées, affects, désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribue à d'autres, personnes ou choses de son environnement* ». Autrement dit, par la projection, le sujet attribue à autrui ses propres pulsions inconscientes.

Selon la conception psychanalytique, cette forme de projection se retrouverait dans certaines psychoses (paranoïa). Dans ce cas, c'est un mécanisme de défense qui soulage le Moi d'une situation de déplaisir. Toutefois, S. Freud (1911) admet aussi l'existence d'une autre forme de projection dite normale, car se manifestant dans de modes de pensée et de fonctionnement non pathologiques. On a par exemple les superstitions, la pensée animiste.

En ce sens, l'utilisation des croyances persécutives par le malade suit la droite ligne d'un schéma explicatif récurrent dans les sociétés africaines. Schéma selon lequel la maladie mentale en particulier est une agression venant de l'extérieur. Les fétiches, la magie, la franc-maçonnerie, etc. font bien partie de ces agressions extérieures. Si les croyances à la sorcellerie reposent sur une conception du monde, s'agit-il d'une simple projection des fantasmes inconscients sur le monde extérieur ou non ?

3. De la symbolisation des croyances à travers le Rorschach et le TAT

Dans cette partie, l'objectif est de comprendre comment chaque patient arrive à symboliser à travers les croyances utilisées. Dans cette perspective, les tests projectifs sont, pour les sujets, un moyen de symbolisation (Roman, 1997). Pour cela, deux techniques me permettent de recueillir les discours des patients, à savoir le Rorschach et le TAT. A travers cette symbolisation, se pose la question de la dynamique individuelle et relationnelle chez l'individu. Il s'agit de comprendre la manière dont ce dernier considère ces croyances, en leur donnant ou non une place dans sa vision en images. Comment ces formes s'expriment-elles à travers le Rorschach et le TAT ? Quelles sont les différentes formes symboliques qui s'expriment à travers les tests et qui ont un rapport avec les croyances du sujet ?

3.1. Typologies des réponses à travers la méthodologie projective

Dans le cadre de cette recherche, j'ai pu noter un ensemble de modes d'expression en

²⁰⁰ Sigmund Freud (1911), *Le Président Schreber*. Paris, PUF, 1995, 84 p.

rapport avec la problématique des croyances. En ce sens, plusieurs types de réponses paraissent importantes, à savoir les réponses « *masque* », « *chauve-souris* » qui sont classiquement repérées. A côté de celles-ci, il existe d'autres réponses que j'ai nommées « *voir* », « *Bien/mal* », « *conversion* » et « *prière* ». Tout cet ensemble de réponses constitue la clinique des représentations ou des symbolisations qu'on a pu retrouver à travers les entretiens et les protocoles des matériels projectifs.

Après avoir donné les différentes caractéristiques de ces différentes réponses, Dans cette partie, l'objectif est d'abord de montrer à partir des exemples pour illustrer ces réponses. Ensuite, il s'agira de comprendre la dynamique et les processus qui sous-tendent ces réponses, à l'origine du « *fil projectif* » (P. Roman, 1991). Pour cela, je m'intéresserai plus précisément aux réponses « *prière* » que je développerai après.

3.1.1. Les réponses « *masque* »

Par réponse « *masque* », j'entends toutes les réponses données par le sujet en rapport avec le mot masque. Les réponses « *masque* » se retrouvent chez certains patients rencontrés dans le cadre de cette recherche.

Chez Angèle, la planche IV commence par un vague dessin qui se précise à l'enquête par : « ... C'est à peu près comme des gens qui dansent le « *mukudji* » où on cache le visage pour qu'on ne puisse pas reconnaître la personne ».

Quant à François, les réponses « *masque* » sont données à la troisième réponse de la planche I : « ...un masque » et à la première réponse de la planche VI : « ... Alors là !, ça fait penser à un totem indien, à un masque ».

De ce fait, à quoi peut renvoyer l'utilisation de ces représentations « *masque* » pour le sujet ? En quoi reflètent-elles quelque chose de culturel ?

Dans son ouvrage intitulé *Phénoménologie du masque*, R. Kuhn (1957)²⁰¹ essaie d comprendre comment un sujet veut être autre que ce qu'il est. En effet, pour l'auteur, l'utilisation du masque soulève la question de la dissimulation et de la simulation. Un sujet qui se masque cherche une dissimulation. Il peut s'agir d'une dissimulation derrière le psychologue à qui il s'adresse, tout en étant retranché derrière son masque. En même temps qu'il se masque, le sujet cherche à mystifier ; il fait croire à autrui que son masque est son visage.

Le problème est de savoir quelle relation il existe entre la réponse « *masque* » du sujet et son état psychologique ?

Selon R. Kuhn (1957, 16), « *si un sujet voit un masque dans une tache d'encre, c'est bien l'indice qu'il crée un masque, qu'il veut un masque, qu'il sait le prix d'un masque, bref qu'il obéit à la fonction fondamentale de dissimulation, fonction que les masques réels satisfont immédiatement, à trop bon compte* ». A cet effet, convient-il de noter qu'il s'agit d'une dissimulation des expériences ou des souvenirs passés. A travers la réponse masque, il y a substitution d'un souvenir perdu dans le passé. Dans le cas particulier de ces deux patients, il peut s'agir des expériences malheureuses rencontrées par chacun

²⁰¹ Roland Kuhn (1957), *Phénoménologie du masque*. A travers le test de Rorschach. Paris, Desclée de Brouwer, 1992, 232 p.

d'eux. Dans ce sens, le « *masque* » est une réalité psychique.

Cependant, il existe une différence entre une dissimulation sous un masque virtuel tel que vu et perçu dans la tache d'encre du Rorschach et la dissimulation sous le masque réel qui n'est que la pure « *négativité* » du sujet et de son être.

Mais pourquoi le sujet cherche-t-il à se cacher derrière le masque ?

Toute dissimulation a pour fonction le déguisement, le travestissement, avec une volonté du sujet à acquérir un nouvel avenir, un nouveau visage, etc. Ainsi, la prière à laquelle fait allusion Angèle à la première planche du Rorschach lui permet d'avoir prise sur son avenir. Selon R. Kuhn (1957, 19), la dissimulation permet au sujet d'avoir une prise sur l'avenir. En même temps, le masque est un outil d'agression. En effet, pour bien agresser, il suffit de se cacher derrière un masque pour ne pas être vu comme le dit Angèle. C'est le cas du sorcier qui se cache en prenant le visage d'autrui et lancer des sorts afin de pas être reconnu comme responsable.

A travers la représentation « *masque* », il y a cette idée de persécution liée à une personne qui a une double face ou qui joue un double rôle. Dans ce sens, l'image phallique ou bien la personne qui la représente a-t-elle ce double rôle ? Des entretiens avec le sujet montre que les parents, l'oncle maternel, la tante paternelle ont porté à son tour ce double rôle, ce masque. En effet, chacun a pu être accusé par le sujet par Angèle comme jouant un rôle dans l'existence de ses difficultés. Quand ce n'est pas le père, « *en entente avec sa famille* » qui était à l'origine des problèmes du sujet, c'est la mère qui, après le décès du père, a porté le chapeau de la sorcière.

De même, la tante paternelle étant jalouse de sa prospérité, de son « *étoile* » a voulu la lui arracher en la tuant. L'oncle maternel n'est pas en reste car sa réussite sociale repose sur un ensemble de sacrifices dont elle en fait partie. Dans ce sens, il faut noter l'implication de l'oncle qui lui a offert les conditions sociales pour la poursuite de ses études.

Ainsi, pour Angèle, chacun des membres de sa famille a pu jouer ce double jeu dans la vie du sujet. Tantôt un rôle protecteur, tantôt un rôle persécuteur. Mais les plus forts mystiquement se cachaient derrière les innocents en prenant leur visage afin que les devins ne les rendent pas responsables de la maladie du sujet. Dans ce sens, d'autres personnes sont coupables à la place des vrais coupables.

En ce sens, le masque atteste aussi des rapports étroits avec une existence magique et mythique. Ces réponses « *masque* » rejoignent d'autres interpellations allant dans le sens d'un penchant à la magie et ayant pour origine une image magique du monde : totem indien, figurine (François, planches I, VI), génie (Thomas, planches VII à l'enquête et X). Et que signifierait la référence au masque dans un monde où la magie et le mythe sont très présents ?

3.1.2. Les réponses « *chauve souris* »

J'entends par réponse « *chauve-souris* », toutes les réponses données par les sujets et qui ont une relation avec le mot « *chauve-souris* ». En effet, de nombreuses réponses apparues au Rorschach d'Angèle, Pierre, François, Thomas font allusion au terme de

chauve-souris.

Au Rorschach, la réponse « *chauve-souris* » peut être vue par le sujet à certaines planches. Dans le monde occidental, cette réponse est considérée comme une banalité. C'est-à-dire qu'elle perçue par un grand nombre d'individu qui l'interprète. Cependant, dans la société gabonaise, elle peut prendre un autre sens. En effet, en tant qu'animal nocturne, la chauve-souris est un animal maléfique. Pour cela, elle est rattachée à l'*Evu* par le mal qu'elle implique. Or, tout ce qui se fait la nuit s'oppose à l'ordre et à la vie sociale et se fait sur la base de la méchanceté et l'agressivité comme la sorcellerie. Il s'agit alors de « *pratiquer la sorcellerie* ». Cette représentation de la chauve-souris est valable chez tous les peuples vivant au Gabon. Dans ce sens, la chauve-souris est assimilable à un sorcier qui fait du mal.

- En ce qui concerne **Angèle**, la réponse « *chauve-souris* » apparaît à l'enquête de la planche V : « *Je vois comme si c'est l'oiseau qu'on appelle « Dupung » (Chauve-souris en langue Iponu)* ». Le plus intéressant aurait été de faire préciser la signification de cet animal pour le sujet.
- Quant à **Pierre**, c'est à la planche V qu'il fait allusion à la chauve-souris : « *ça ressemble à une chauve-souris, un animal* ». A l'enquête, la réponse est complétée par un mouvement caractérisé par le déploiement des ailes. Mais c'est dans le choix négatif que la chauve-souris est reconnue comme un animal nuisible, comme symbole du vampire.
- Pour **François**, cette réponse apparaît à l'enquête de la planche I, après un retournement de la planche : « *...V Quand on regarde comme ça, ça fait penser à une chauve-souris* » ; puis à la planche V : « *ça me fait penser à un oiseau...une chauve-souris, mais surtout une chauve-souris* » et dans le choix négatif : « *ça me fait penser à la chauve-souris. On dit que la chauve-souris est diabolique* ».
- Chez **Thomas**, la réponse « *chauve-souris* » apparaît à la première réponse de la planche I : « *...C'est une chauve-souris qui vole. C'est peint en couleur noire...* ». Cette réponse est accompagnée d'une angoisse accentuée par la masse de la couleur noire de l'image. A la première réponse de la planche II, on note : « *...c'est encore une chauve-souris...* ». Ce qui montre une certaine répétition chez le sujet. Pour éviter cette répétition le nuance en utilisant un mécanisme maniaque : « *...à moins que ce soit le père Noël et sa barbe tombe dessus, un cadeau et le chapeau du père Noël* ». A la planche V, la première réponse fait allusion à la chauve-souris : « *une chauve-souris...* ». Et enfin, la réponse « *chauve-souris* » apparaît à la troisième réponse de la planche VIII : « *ce n'est pas une tenue. Ici, on dirait une chauve-souris qui les attrape comme ça aux mains* ».

Dans cette perspective, la plupart des réponses données par les sujets sont accompagnées d'une tonalité dysphorique exprimant le caractère nuisible de cet animal. Et dans ce sens, la chauve-souris est le symbole du « vampire ». C'est un animal « diabolique ». A côté de ces représentations utilisées par les sujets, il y en a d'autres en relation avec certains termes tels : « monstre », « démon » et « diable » (François, planches IV, V ou Gaston, planche IV ou encore Patrick, planches I et IV).

3.1.3. Les réponses « voir »

Il s'agit ici de réponses dans lesquelles le sujet utilise le « voir » comme mode d'appréhension de la planche. Dans les protocoles d'Angèle et Martine en particulier, on retrouve ce mode d'appréhension à toutes les planches. Le cas le plus illustratif est celui d'Angèle :

Au Rorschach, le commentaire qui ouvre la planche I annonce déjà les couleurs : « *Je dis ce qui est dessiné là ?* ». Ce qui permet de montrer que le sujet est accroché au percept. Le reste du protocole va tourner autour de cela : « *je ne vois pas* » (Planches I, VII, IX et X) et « *je vois* » (Planches I, V, VIII,). On retrouve la présence de ce « voir » dans la seconde passation : « *Je vois* » (Planches II, III, IV, V (Enquête), VII (Enquête), VIII) et « *Je ne vois rien* » (Planches IV, V, VI, VII, IX et X).

Au niveau du TAT, on peut noter que cette question du « voir » est aussi présente quasiment à toutes les planches. A la planche 11 par exemple, le sujet dit ceci : « *Je ne vois rien. Je vois comme si c'étaient des cailloux* ».

Dans ces réponses, c'est le « voir » qui est mis en avant chez les sujets. C'est la vision qui est mis en relief. L'utilisation du « voir » chez le sujet le situe dans une logique de fonctionnement sensoriel. Le cas Angèle, en particulier, se situe dans cette forme de logique. Dans ce voir, soit la personne restée accrochée au matériel, soit la vision repose sur la perception. Comme c'est le cas, d'une part, pour Angèle à la planche V (« *ça là, je vois comme l'oiseau* » ; « *ça là, je vois deux animaux* »). Et d'autre part, comme c'est le cas Martine à la planche IX (« *Là, je vois la partie de la vessie...le ventre* »).

Sur le plan sensoriel, le « voir » permet de capter les images. C'est le sens de la vue qui est mis en avant. En méthodologie projective, c'est cette captation des images qui est aussi mise en avant. Pour (F. Minkowska, 1956), il s'agit de la « *vision en images* ».

L'utilisation du voir chez les sujets interrogés pose la question de l'importance de la perception. Ils sont attachés au matériel ; ils restent accrochés à la réalité, au matériel projectif, à ce que les sensations visuelles perçoivent. Dans son ouvrage intitulé *Le cru et le cuit*, C. Lévi-Strauss (1964)²⁰² s'intéresse aux « *oppositions entre des qualités sensibles : cru et cuit, frais et pourri, sec et humide, etc.* ». Il s'agit d'une « *logique des sensations* » dont les objectifs sont : d'abord l'organisation des qualités tactiles comme toile de fond sur laquelle d'autres qualités sensibles émergent ; ensuite, l'établissement des correspondances entre des paires de termes opposés propres à un organe des sens et des oppositions propres à un (ou plusieurs) autre(s) organe(s) des sens ; et enfin, le rattachement à un même objet (d'abord la mère) les diverses catégories de sensations qui sont alors reconnues émaner d'elle et non de personnes distinctes. Ce premier niveau permet un accord des sensations entre elles.

Mais que peut représenter cette activité sensorielle pour le sujet ? Quelle peut être l'influence de la culture sur cette vision ?

D'un point de vue culturel, le « voir » conduit à parler de visions qui sont des états

²⁰² Claude Lévi-Strauss, *Le cru et le cuit Mythologiques I*. Paris, Plon, 1964.

dans lesquels se manifestent des apparences. Elles peuvent se présenter sous forme de rêves ou à l'état de veille mais de façon induite comme au cours des initiations. Il convient de noter que chez les personnes initiées, ce « voir » est très développé. A partir des plantes « hallucinogènes », l'iboga²⁰³, le sujet va être amené à posséder l'art divinatoire et celui de la vision. Pendant cette période, le sujet est amené à voir l'origine et les motifs de la souffrance du sujet. Dans ce cas, le sujet peut « voir » ; il a des visions.

Mais ces visions ne sont pas à confondre avec les hallucinations visuelles retrouvées chez des sujets présentant des troubles de la personnalité. Par contre, il peut arriver que l'initié voie rien. D'un point de vue initiatique, cela peut signifier qu'un sorcier lui a « barré la route » ou qu'il est lui-même un sorcier et ne veut rien dire pour ne pas dénoncer ses complices. L'incapacité à « voir » chez le sujet peut aussi être liée aux scènes angoissées qui sont données à voir par le groupe. Ce qui nécessite un minimum de stabilité et de caractère, sinon le sujet devient inhibé et mutique. Dans cette perspective, quelle relation ce « voir » a-t-il chez le sujet confronté à la vision en images ? La difficulté à « voir » à laquelle est confronté le sujet au Rorschach peut être à ce souvenir des situations angoissantes rencontrées au cours des initiations ? Ou à l'effet du sorcier sur le sujet pour qu'il ne le découvre pas ?

3.1.4. Les réponses « conversion »

Les réponses « conversion » sont celles sur le plan religieux qui marquent l'évolution d'un comportement, d'une conduite du sujet dans le temps. Cette évolution du sujet dans le temps se fait en trois moments : avant, pendant et après. Deux sujets caractérisent cette dynamique temporelle, à savoir Angèle et Patrick.

Chez **Angèle**, il existe cette évolution dans le temps. En effet, le sujet parle de deux moments dans sa vie : le premier est en rapport avec sa vie avant sa conversion à l'église et le deuxième est en rapport avec sa vie de chrétienne. A la planche I du Rorschach, le sujet parle de l'instant présent où il voit une personne en prière. Au TAT, c'est aux planches 2, 3BM, 6GF, 9 GF, 10, 13MF et 16.

En ce qui concerne la période avant ou passé, au TAT, on a à la planche 3BM : « ...Comme si c'était la même femme qui restait avec son mari... Je vois comme si elle pleurait. Comme si c'est la femme qui ne voulait pas aller à l'église. Elle a eu des déceptions avec le mari... ». Ou encore à la planche 6GF : « ... Le mari a la pipe. A l'église, on ne fume pas. On dirait que la femme ne veut pas la recevoir car l'homme n'est pas encore converti, délivré car il a encore la pipe. A l'église on ne fume pas... ». A travers ces deux planches, le sujet exprime, d'une part, les difficultés (échecs, déception) auxquelles peut être confronté la personne qui n'est pas chrétienne et d'autre part, l'interdiction de la fornication.

Pour la représentation présente (pendant), on a la planche 2, 9GF. A la planche 2, on a : « ...Cette femme-là, elle doit être chrétienne. Je vois comme si c'était la bible qu'elle a dans ses mains. Et sa manière de s'habiller, elle est comme chez nous, comme si elle était branamiste (Branam). Elle n'a pas de bijoux. Elle porte une longue robe... Un jour de

²⁰³ Voir Première partie, Chapitre 1 : Le système traditionnel.

dimanche, tous les chrétiens doivent aller à l'église... ». A la planche 9GF, il y a : « ... Comme si la femme a déjà compris, en voyant les misères qu'elle passe avec l'enfant, elle a compris qu'il faut aller à l'église avec sa fille. Puisqu'elle a vu que le mari va maintenant à l'église ». A la planche 10, on a : « ... l'homme s'est déjà converti et il est maintenant ensemble avec celle qui allait à l'église ». A la planche 13MF, il y a : « ... Il a dormi chez la chrétienne.... Comme s'il est réveillé pour aller à l'église. Je vois la cravate ».

Cet ensemble de réponses décrit le comportement et les conduites d'une personne qui décide de devenir chrétienne : aller à l'église, avoir une bible, s'habiller comme un(e) chrétien(ne), avoir un(e) conjoint(e) chrétien(ne).

Et enfin, il y a des réponses liées à l'évolution temporelle. En effet, on peut noter, chez certains sujets, une évolution se caractérisant par une dynamique temporelle : un avant (passé), présent et un futur. Chez Angèle par exemple, cette dynamique temporelle représente celle de tout chrétien ; elle se caractérise par une vie antérieure (passée) à la conversion et celle d'après la conversion. On peut la noter à la planche 16 du TAT. Cette planche de la fin est aussi une place de l'espoir pour le sujet : «...Un homme qui avait deux femmes, une partait à l'église et l'autre non. Celle qui partait à l'église, c'est celle-là qui a gagné le mari ».

Chez **Patrick**, il y a aussi cette dimension temporelle. Au Rorschach, c'est à la troisième réponse de la planche X qu'elle apparaît : « ...Je vois comme si c'était une femme et un homme (Brun latéral, en bas) mais il y a des choses qui sortent d'eux (jaune latéral, Gris brun latéral). Puisque peut-être qu'ils avaient des choses qui étaient mal en eux, ils sont en train de se dégager... ». Dans le choix positif de la planche X, le sujet ajoute ceci : « ... Je vois des choses qui étaient mauvaises qui sont en train de partir d'eux. Si je comprends bien, les deux là étaient envoûtés par ces trucs ».

Ainsi, à travers toutes ces réponses, il y a la mise en relief des représentations temporelles, dans leur évolution. De ce fait, il y a introduction dans la pensée du sujet des classifications ternaires (avant, pendant, après) qui peuvent tourner autour des scénarios dramatiques ou romanesques.

3.1.5. Les réponses « *Bien/Mal* »

Ce sont les réponses qui tournent autour de deux pôles : l'un en relation avec le Bien et l'autre avec le mal. On peut noter aussi des expressions telles que « *bon* » et « *mauvais* ». A cela, s'ajoutent des réponses binaires ou d'opposition dont la caractéristique est d'être Bien ou mal, bon ou mauvais. De ce fait, on retrouve ces réponses dans de nombreux protocoles tels que ceux d'Angèle, Patrick.

En ce qui concerne **Patrick**, au niveau du Rorschach, on a «...Je crois qu'il y a deux camps entre le Bien et le mal, le bon et le mauvais » (planche V), « ...Je vois deux trucs qui se regardent...L'autre qui va vers le mal et l'autre qui va vers le bien... » (planche VII) ; «...Puisque peut-être qu'ils avaient des choses qui étaient mal en eux, ils sont en train de se dégager... » (planche X) ou «...Je vois des choses qui étaient mauvaises qui sont en train de partir d'eux. Si je comprends bien, les deux là étaient

envoûtés par ces trucs... ».

Chez **Angèle**, c'est au TAT qu'on peut noter une opposition entre chrétien/non chrétien, converti/non converti. A la planche 2, on a : «...*Un jour de dimanche, tous les chrétiens doivent aller à l'église. Cet homme a deux femmes. Il y une qui va à l'église et l'autre non car elle écoute ce que son mari lui dit. Elle n'aime pas l'église et elle est en grossesse...* ». A la planche 6 GF, on a : « *Comme si c'est celle qui partait à l'église... l'homme est venu chez elle alors qu'il aimait celle qui était en grossesse et qui ne partait pas à l'église... On dirait que la femme ne veut pas le recevoir car l'homme n'est pas encore converti, délivré car il a encore la pipe. A l'église on ne fume pas...* ».

Et l'opposition chrétien/non chrétien, converti/non converti s'inscrit dans celle du Bien/mal, bon/mauvais. En ce sens, un chrétien se caractérise par le Bien, le bon alors que pour le non chrétien, le non converti, il s'agit du mal, du mauvais. Par rapport à ces oppositions rencontrées dans les discours des patients, on peut se référer à ce que M. Klein (1934) a appelé le « *bon* » et le « *mauvais objet* ».

Par ailleurs, à travers ces réponses d'opposition, se pose aussi la question de l'ambivalence chez le sujet. Pour M. Klein (1934), il s'agit d'une attitude où le sujet possède deux sentiments de nature opposée (bon/mauvais). Chez certains sujets, cette ambivalence se caractérise par la présence des notions telles que : Bien/mal, converti/non-converti, bon/mauvais, etc. Un sujet sait ce qui est de l'ordre du Bien mais est aussi capable de faire du mal. C'est aussi celui qui est converti à la religion chrétienne mais qui peut se comporter comme une personne non-convertie, utilisant les croyances traditionnelles. L'existence de ces deux sentiments peut être à l'origine de désirs contradictoires provoquant un conflit chez le sujet. Ce qui peut correspondre parfois à la mise à l'écart des croyances traditionnelles, c'est-à-dire au rejet du mauvais objet par le sujet

Dans le troisième volume intitulé *L'origine des manières de table*, C. Lévi-Strauss (1968)²⁰⁴ s'intéresse aux mythes dont les termes s'opposent entre eux par conjonction et disjonction (semblable-différent ; fermé-ouvert, etc.) et la façon dont ils passent d'un état à un autre.

Chez Angèle et Thomas, on note la présence des éléments crédiques en rapport avec le christianisme (Dieu, homme d'église, prière, la croix, etc.). En faisant allusion au Bien et au mal, bon et mauvais, Patrick se réfère aussi au christianisme, à la conception judéo-chrétienne. Par ailleurs, on peut aussi noter dans le discours de ces patients des réponses en rapport avec les croyances traditionnelles : chauve-souris, masque, génie, dont le point commun est la nuisance.

3.1.6. Les réponses « *prière* »

J'entends par réponse « *prière* » des réponses qui font manifestement référence à l'imaginaire religieux chrétien. A l'intérieur de ces réponses, il existe plusieurs types en

²⁰⁴ Claude Lévi-Strauss, *L'origine des manières de table. Mythologiques III*. Paris, Plon, 1968, 475 p.

référence avec l'au-delà (« *ciel* »), à une posture religieuse (mains levées vers le haut en guise d'imploration) ou encore à des réponses dont l'élément est un objet religieux (« *croix* », « *bible* ») ou appartient à l'imaginaire religieux (« *ange* »). Ces réponses se retrouvent notamment chez Angèle, Thomas, François.

- **Angèle** qui voit à la première planche du Rorschach : « *Comme si c'est une personne debout et qui n'a pas de tête et les mains sont comme ça* ». Ce qui caractérise cette réponse, c'est que le sujet mime en levant les mains vers le ciel, en signe d'adoration. A la planche 2 du TAT, cette problématique de la prière est manifeste à la planche 2 : « *...Cette femme-là, elle doit être chrétienne. Je vois comme si c'était la bible qu'elle a dans ses mains...* ».
- Chez **Thomas**, cette notion de prière est présente aussi au Rorschach et au TAT. Au niveau du Rorschach, on peut noter à l'enquête de la première planche : « *Les bras attrapent quelque chose. Là, il y a rien, ça vole* ». A la troisième réponse de la planche III, on a : « *Et leurs mains ici, on dirait qu'elles attrapent un bouquet de fleurs, un pot de fleurs* ». Ou encore à l'enquête de la planche IX : « *Ici, j'ai comme l'idée que ce sont les hommes de Dieu qui prient autour du mât de là où on l'a crucifié, parce qu'il y a des hommes de part et d'autre.* ». Au TAT, ces réponses sont manifestes aux planches 5 : « *...La veilleuse et le bouquet de fleurs indiquent l'amour et la paix dans ce milieu...* », à la planche 12 M : « *ça, c'est un pasteur qui prie sur un malade, une patiente. Sa main est élevée en face de la figure de la patiente. Il impose donc, l'imposition des mains...* ».
- Pour **François**, la question de la religion est présente dans les réponses recueillies au Rorschach et au TAT. Au niveau du Rorschach, on a « *ange* » associé à « *aile* », « *vole* » (planche I) ; la « *croix* » (planche II) « *qui vole dans le ciel* » (planche VIII) ; « *ça me fait penser à un ange* » (planche X) ou à « *ange de rédemption* » (Enquête de la planche X). Au niveau du TAT, on a les « *démons* » (planche 11) ; « *ça fait angélique* » (planche 12 BG) ; « *bénédictio* », « *prêtre* », « *onction* » (planche 13) ; « *mystique* », « *angélique* » et « *fantôme* » (planche 19).

Chez Angèle comme chez Thomas ou François, on peut noter qu'elle soulève la question de la spiritualité qui se caractérise par la question de la prière. Dans ce cas, la prière implique la notion de direction dans le temps. Dans un article intitulé *L'avenir*, E. Minkowski (1933)²⁰⁵ note que la vie est orientée vers l'avenir. De ce fait, il y a une direction dans le temps. La prière en particulier est un phénomène vital et permet de vivre et de connaître l'avenir. La prière est un phénomène essentiel de la vie ; elle prend son origine dans l'affirmation de la vie. Elle naît des circonstances de la vie où l'espoir est trop faible. Pour cela, la prière est tournée vers l'avenir ; elle est à l'origine d'une attitude optimiste tel que le conçoit la religion.

L'objectif de la prière est de pouvoir exaucer les demandes. Dans la religion, il est demandé à Dieu d'exaucer les demandes. Angèle, Thomas et Pierre, en tant que chrétiens demandent à Dieu de les aider. En effet, par la prière, le sujet demande aux saints d'intervenir en sa faveur auprès de Dieu. Il s'agit d'une demande d'intercession.

²⁰⁵ Eugène Minkowski (1933), *L'avenir. Le temps vécu*. Paris, PUF, 1995, pp. 72-120.

Celle-ci remonte depuis l'origine de la notion de prière. Mais plus tard, cette dernière va devenir un acte de louange, de remerciement ou d'imploration du pardon par rapport à une faute commise, par rapport à un fait passé.

Angèle en particulier pense avoir commis un péché qui la ronge : avoir des rapports sexuels avec un homme d'église marié. Ces péchés ressortent avec intensité au niveau des prêches. En allant à l'église, Angèle a appris que consulter un *nganga* par exemple est un péché. Pour cela, je vais émettre l'hypothèse selon laquelle la prière est considérée comme une réaction de défense contre une menace suspendue.

La prière se caractérise par deux faits principaux : l'élévation et le recueillement. D'une part, « ...dans la prière nous nous élevons au-dessus de nous-mêmes ainsi que tout ce qui nous entoure et portons nos regards dans le lointain, vers un horizon infini, vers une sphère au-delà du temps et de l'espace, sphère pleine de grandeur et de clarté, mais aussi de mystère. Nous pouvons ensuite remplacer ce mystère par l'idée d'une divinité agissante »²⁰⁶. D'autre part, la prière est une « intériorisation totale vécue. Dans la prière, je me détourne du devenir ambiant, je me recueille, je rentre en moi-même. La prière s'élève du plus profond de mon être »²⁰⁷. A cet effet, la prière se caractérise-t-elle par le recueillement.

La prière est une « intériorisation vécue » ; elle met aussi le sujet en relation, en communication avec Dieu, la relation entre le sujet et Dieu, dans la communion avec Dieu. Il s'agit de la prière comme une « abstraction vécue » à l'origine de l'élévation du sujet lui-même et de ce qui l'entoure. « La prière constitue l'échelon supérieur de la série constituée par l'espoir et l'attente. En priant, j'espère et j'attends en même temps, et, de même que dans ces phénomènes, je vois l'avenir venir vers moi et vers le présent »²⁰⁸. Plus loin, l'auteur ajoute : « la prière naît du besoin d'affirmer l'existence spirituelle de notre être ; ce besoin se manifeste dans la vie courante là avant tout où cette existence semble être menacée. Si des circonstances pareilles ne se produisaient point, nous n'éprouverions peut-être pas le besoin de prier »²⁰⁹.

Ainsi, la prière implique la question du « temps vécu » car elle repose sur le désir et l'espoir. Or, cette dernière implique le temps, l'avenir. A travers l'espoir, il y a l'attente de la réalisation de ce que le sujet espère. Dans ce sens, l'attente peut marquer l'arrêt du temps. Alors que sa réalisation marque la continuité. Cet espoir est intimement lié au Moi car il permet au sujet de se réfugier dans son Moi.

Dans cette perspective, et par rapport aux hypothèses énoncées plus haut, il convient de noter que l'utilisation des croyances par le sujet constitue une forme de symbolisation pour lui. Toutes ces différentes réponses montrent que le sujet possède une capacité à symboliser autour de la question de la question des croyances. Et les différents

²⁰⁶ Eugène Minkowski, Idem, p. 95.

²⁰⁷ Eugène Minkowski, Idem, p. 97.

²⁰⁸ Eugène Minkowski, Idem, p. 101.

²⁰⁹ Eugène Minkowski, Idem, p. 102.

indicateurs, à savoir à savoir « *masque* », « *chauve-souris* », « *voir* », « *Bien/mal* », « *conversion* », et « *prière* » rencontrés dans les discours des sujets justifient bien cette symbolisation.

De façon transversale, deux éléments essentiels sont présents dans ces protocoles : d'une part, la référence aux croyances religieuses et d'autre part, celle des croyances traditionnelles. En effet, le simple fait qu'un sujet, au cours des différentes passations, reproduise les mêmes interprétations en rapport avec les croyances, n'est pas le fruit d'un hasard. Les interprétations qui accompagnent souvent ces réponses représentent un déroulement de la pensée propre du sujet. De ce fait, à ces interprétations, correspondent certains aspects de la personnalité, notamment la toute puissance des idées, la pensée magique.

En ce sens, certains autres éléments appelant à d'autres interprétations concourent au processus même de genèse des interprétations sur les croyances. Par exemple, la tendance aux croyances est attestée par un ensemble d'interprétations qui prennent leur origine dans le monde magique : « *masque* », « *figurine* » (planche I), « *totem* » (planche VI) pour le cas François ; « *génie* » (planche X), la « *plume* » (planches I et V) pour le cas Thomas, etc.

Tous ces exemples proviennent des cas pathologiques et normaux. De ce fait, il convient de noter qu'il se pose à travers ces cas la question de la pensée magique. Ces résultats sont la preuve que le problème auquel on s'intéresse dépasse largement l'état de santé et de maladie. A partir cette pensée magique, on peut noter une similitude avec les enfants et les hommes primitifs auxquels S. Freud (1913) fait allusion dans « *totem et tabou* ».

Mais quels sont les processus qui sous-tendent ce fonctionnement psychique chez le sujet ?

D'un point de vue psychique, les formes peuvent être considérées comme des formations de compromis, c'est-à-dire des moyens par lesquels le refoulé fait irruption à la conscience, en faisant retour par le symptôme²¹⁰ dont le but est soit la satisfaction sexuelle, soit la défense contre celle-ci²¹¹. A cet effet, la prière, le masque impliquent-ils chez le sujet une satisfaction sexuelle ou une défense. Ces formations de compromis sont le résultat d'un ensemble de processus.

Le mouvement perceptif ou le mode d'appréhension est le « *résultat d'une contraction, d'une condensation qui implique une double mobilisation, à savoir une utilisation de la réalité externe et la possibilité d'appréhender cette réalité externe par une restructuration qui s'organise grâce aux repères d'une image interne. Il y a donc ici rencontre et interaction entre mécanismes perceptifs et mécanismes projectifs si l'on entend par project tout ce qui vient du sujet pour remodeler le stimulus et lui donner sens* » p. 98²¹². Existe-t-il des processus qui sous-tendent ce type de fonctionnement mental ?

²¹⁰ Jean Laplanche -Jean Bertrand Pontalis, *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris, PUF, 1967.

²¹¹ Idem.

En tant que défense, la prière par exemple, peut être considérée comme une formation réactionnelle. Il s'agit d'un « *contre-investissement d'un élément conscient, de force égale et de direction opposée à l'investissement inconscient* »²¹³. « *Le sujet qui a élaboré des formations réactionnelles ne développe pas certains mécanismes de défense à employer quand un danger pulsionnel menace ; il a changé la structure de sa personnalité comme si ce danger était toujours présent, pour être prêt quel que soit le moment où ce danger se présente* »²¹⁴. Par rapport à la prière, je peux dire qu'elle vient s'opposer, en tant que mécanisme sublimatoire, aux activités sexuelles de la patiente. Mais aussi aux consultations des thérapeutes traditionnels que les chrétiens bannissent.

Ainsi, la prière, le masque, et la chauve-souris peuvent être considérés comme des formations de compromis pour le sujet. Dans ce sens, quelle est alors la place du Moi du sujet dans cette situation ? Quelle est la dynamique impliquée dans l'apparition de ces réponses ?

3.2. La dynamique des réponses à travers la notion de « *fil projectif* »

Afin de bien comprendre la dynamique et les processus qui sous-tendent les différentes réponses issues des protocoles de Rorschach, je vais tenter de l'illustrer avec la notion de « *fil projectif* ».

3.2.1. Le « *fil projectif* »

En proposant cette notion, P. Roman (1991)²¹⁵ essaie de rendre compte de la dynamique contenant/contenu du corpus des réponses à travers les tests projectifs. L'objectif de ce « *fil projectif* », souligne D. Dériverois (2004)²¹⁶, est de faire ressortir une « *chaîne des signifiants à la recherche de signifiés* » (J. Cosnier, 1969)²¹⁷. Ainsi, pour P. Roman (1991), le fil projectif se développe dans une multi-dimensionnalité, en tenant compte de l'espace linéaire et de l'espace sémantique.

Afin de faire ressortir ces signifiants et signifiés, D. Dériverois (2004) propose de mettre en relation le « *fil projectif* » et la méthodologie projective, dans la complémentarité du Rorschach et du TAT telle que le propose C. Chabert (1987)²¹⁸. Pour cela, Derivois

²¹² Catherine Chabert, *Le Rorschach en clinique adulte*. Interprétation psychanalytique. Paris, Dunod, 1997, 273 p.

²¹³ Idem.

²¹⁴ Idem.

²¹⁵ Pascal Roman, *Le détail blanc dans le test de Rorschach et l'expression projective des ruptures précoces du Moi. Contribution à une interprétation psychodynamique*. Thèse de Doctorat de Psychologie, Université Paris V, 1991, 529 pages+ annexes.

²¹⁶ Daniel Dériverois, Approche clinique et projective du clivage: le projet projectif. *Le clivage*. Les cahiers du C.R.P.P.C., Hors série n° 4, Mars, 2004, 201-223.

²¹⁷ Jacques Cosnier, Psycholinguistique et techniques projectives. Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives, 1969, 23, pp. 5-13.

(2004) propose de tenir compte de deux dimensions : horizontale et verticale ²¹⁹. D'un côté, il y a le déploiement du fil projectif dans la dimension linéaire, c'est-à-dire que les chaînes des signifiants et des signifiés sont à rechercher au niveau de chaque planche (réponses intra-planches), de l'ensemble des planches (inter-planches) d'un même test et de l'ensemble des tests (inter-test). De l'autre, il y a l'« *espace sémantique* » où le signifiant/signifié est à rechercher au niveau intra-planche et intra-réponse. C'est la « *dimension verticale du fil projectif* ».

3.2.2. Les réponses « *prière* » et le « *fil projectif* »

En partant de l'idée selon laquelle il existe une histoire latente chez le sujet, il convient maintenant d'essayer de construire cette histoire en lui prêtant un « *appareil à penser* ». Parmi les différentes réponses recueillies auprès des sujets, je vais mettre l'accent sur les réponses « *prière* ». Mon intérêt pour celles-ci est lié au fait qu'elles sont transversales à toutes les autres réponses. A travers ces réponses « *prière* », il s'agit de voir le déploiement du mouvement du « *fil projectif* ».

Afin de comprendre la dynamique d'expression des réponses prières, je vais m'intéresser principalement aux réponses d'un sujet qui est Thomas :

C'est à la planche IX, notamment à l'enquête que la réponse « *prière* » naît : « *...Ici, j'ai comme l'idée que ce sont les hommes de Dieu qui prient autour du mât de là où on l'a crucifié, parce qu'il y a des hommes de part et d'autre* ». Et on retrouve dans les choix positifs, ces réponses en rapport avec la prière, à la planche IX : « *Je vois l'amour, nous hommes d'église, si tu n'as pas l'amour, c'est zéro. Il faut prier* ».

A ce niveau, il s'agit de comprendre la dynamique qui aboutit à la symbolisation de la réponse par le sujet. C'est le mouvement du « *fil projectif* ». En ce sens, chaque individu, en fonction de sa problématique, va avoir sa propre dynamique. Chez Thomas, le processus dynamique commence à la troisième réponse de la planche III où il essaie d'attraper quelque chose de concret, ici le « *bouquet de fleurs* », le « *pot de fleurs* ». En ce sens, il s'appuie sur du concret.

Ce qui est intéressant, c'est de voir comment cette réponse arrive après des moments de symbolisation de toutes les planches à la réponse « *prière* » qui apparaît à l'enquête de la planche I. Il y a donc eu un travail interne chez le sujet qui ne s'est pas manifesté lors de l'interprétation des différentes planches mais plutôt à l'enquête. Du concret, le sujet essaie d'attraper quelque chose avec ses bras. Mais il se trouve qu'il n'arrive pas car la chose vole et paraît inatteignable. Thomas essaie alors de faire appel à un Dieu qui n'est pas là. Et pour cela, il va s'accrocher à nouveau à quelque chose de concret : « *...ce sont les hommes de Dieu qui prient autour du mât de là où on l'a crucifié, parce qu'il y a des hommes de part et d'autre* » (Planche IX, enquête). Dans ce sens, le sujet symbolise autour du mât.

²¹⁸ Catherine Chabert, Rorschach et TAT : antinomie ou complémentarité. *Psychologie française*, 32-3, 1987, pp. 141-144.

²¹⁹ Il a parlé également d'une troisième dimension qui est la « *perspective projective* ». Cette dimension propose une synthèse du protocole à partir de ce qu'il a appelé des « *angles de vue du Moi* » n'est pas utilisée ici.

Cette symbolisation se poursuit au TAT dans le cadre d'une complémentarité entre le Rorschach et le TAT car pour C. Chabert (1987)²²⁰, « *c'est le même sujet qui parle* ». Par rapport à Thomas, il s'agit de noter qu'à travers le TAT, le sujet reprend les ratés ou les restes de représentations ou de symbolisation. Dans cette perspective, le « *pot de fleurs* », le « *mât* » vont être associés à l'amour, à la paix.

Ainsi, bien que les réponses « *prière* », « *conversion* », « *masque* » ou « *chauve-souris* » soient des réponses de type crédique, elles ont une fonction contenante pour le sujet. Elles servent de repères et d'étayage pour le sujet. R. Kaës (1976)²²¹ parle de l'importance de l'« *imaginaire groupal* » composé d'un ensemble de croyances, valeurs partagées par les membres du groupe et qui vont influencer les comportements de ces membres. En ce sens, je parlerai d'« *imaginaire culturel* » car il s'agit des groupes plus larges comprenant toute la symbolique avec ses symboles, ses significations, ses croyances, ses mythes, contes, rites, etc.

Ainsi, dans les protocoles des patients rencontrés, on peut noter deux types de patients : ceux dont les représentations culturelles ou les croyances sont manifestes au niveau des protocoles et ceux dont les protocoles ne font pas référence aux croyances utilisées dans leur discours. A travers ces réponses, il se pose aussi la question des relations entre la religion chrétienne et les croyances traditionnelles. De ce fait, comment se fait le passage des croyances traditionnelles à la religion chrétienne ? Autrement dit, comment une personne délaisse les croyances traditionnelles pour accepter la religion moderne, à l'origine de la conversion religieuse ?

3.3. De la représentation à l'attribution de sens comme modes de symbolisation

Dans la représentation, se pose la question du lien, c'est-à-dire de la relation à causalité directe. En effet, il y a un lien qui est établi entre le comportement pathologique et les représentations, les croyances à la sorcellerie, « *système de pensée* ». Mais l'utilisation d'un système de pensée soulève deux faits, à savoir la description des phénomènes à des fins partisans et la mise en lien entre la forme psychopathologique et le système de pensée (délire persécutif). Pour G. Devereux (1970), la culture modèle le symptôme. Sur cette base, la relation est alors faite entre psychisme et culture, en particulier entre symbolisation et croyances.

S. Freud (1919)²²² souligne l'importance de l'activité propre de l'inconscient. Car ce qui est troublant témoigne de cette altérité. Cet autre trouve sa source non pas dans la réalité mais dans l'appareil psychique. A partir de là, les désirs ou encore les productions créatives valorisées ou non se trouvent au cœur du travail psychique. Dans ce sens, l'expression psychique du patient est une tentative de restauration d'une identité ou d'une intégrité psychique perturbée. En revanche, ce n'est pas parce qu'il souffre qu'il fait

²²⁰ Catherine Chabert, *Rorschach et T.A.T. : antinomie et complémentarité*, *Psychologie française*, 32-3, 1987, pp. 141-144.

²²¹ René Kaës, *L'appareil psychique groupal*. Paris, Bordas, 1976, 273 p.

²²² Sigmund Freud (1919), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris, Gallimard, 1985, 342 p.

allusion aux croyances.

L'activité symbolique mobilise un ensemble de réalités (psychiques et concrètes) qui peut être repérable à plusieurs niveaux. Pour cela, chaque réalité mobilisée remplit un type de fonction médiatrice. L'importance que révèle cette activité symbolisante m'amène à m'intéresser aux enjeux non seulement subjectifs mais aussi intersubjectifs qui la sous-tendent. De ce fait, on va tenir compte de ces différents niveaux structurant cette activité symbolisante, à savoir les niveaux expressif, signifiant et relationnel. Si ces différents niveaux peuvent être repérables chez tout être humain, quelle que soit sa culture, l'objectif est de comprendre comment intervient la culture à travers ces différents niveaux de symbolisation.

En s'intéressant à la question de la représentation, on a essayé de montrer qu'elle est une forme de symbolisation, notamment à travers les concepts de répétition et de lien. Afin de saisir comment se manifestent ces concepts chez le sujet, on va tenir compte de deux niveaux principaux de représentation à partir desquels on peut les noter, à savoir l'expression et la signifiante.

3.3.1. La représentation comme mode de symbolisation

A travers la représentation, le sujet fait apparaître des formes. On peut parler d'expression. Celle-ci consiste à mettre au dehors, à projeter hors de soi quelque chose. En qu'externalisation, elle est un processus et une fonction. « ...*Mettre au dehors, projeter hors de soi est ce qui caractérise la fonction expression, à la fois comme décharge et comme dépôt hors de soi de quelque chose qui vient de soi* » (B. Chouvier, 2002, 35). Il s'agit de la fonction expressive. Pour l'auteur, l'expression peut avoir des capacités libératrices, créatrices et cathartiques. C'est à travers cette expressivité que le sujet va émettre ou générer des formes. Celles-ci correspondent à ce que D. Anzieu (1989) a appelé la « *formalisation* ».

D. Anzieu (1981)²²³ s'intéresse aux processus créatifs ou expressifs chez les artistes (écrivains). Pour cela, l'auteur propose cinq phases dans cette création ou expressivité. En appliquant ces niveaux de symbolisation sur les œuvres anthropologiques, l'auteur note différents niveaux de structuration des mythes, parmi lesquels la pensée dite « *logique* » qui est le niveau supérieur. En effet, pour l'auteur, deux formes représentent ce niveau : d'une part, la forme iconique, avec une expression des images visuelles et la forme abstraite, avec des formalisations et d'autre part, des opérations sur ces formalisations. Il s'agit en fait d'un niveau de conceptualisation et de raisonnement. Ces cinq différents niveaux constituent des « *échelles des symbolisations* » permettant de noter les niveaux de fonctionnement psychique de chaque individu. C'est à travers ces niveaux que peuvent aussi se repérer les failles de fonctionnement psychique chez un sujet.

Dans les discours recueillis à partir des entretiens et des tests projectifs, il convient de noter l'importance des différentes croyances utilisées pour représenter la maladie mentale. L'expressivité des formes symbolisantes se caractérise non seulement par son

²²³ Didier Anzieu, *Le corps de l'œuvre*, Paris, Gallimard, 198, 377 p.

abondance ou non mais aussi par rythmicité ou non. B. Chouvier (2002, 36) note deux « *champs tensionnels* » structurant le niveau expressif, à savoir la « *potentialité de production des formes* » et le « *déploiement de la rythmicité* ». Pour cela, deux approches sont possibles. D'une part, il y a l'approche phénoménologique dont il convient de prendre en compte la *gestaltung*, c'est-à-dire la capacité qu'a le sujet à générer les formes. Et d'autre part, l'approche analytique dont l'objectif est de tenir compte des différents sous-tendant les phénomènes psychiques en jeu.

Dans le premier cas, l'expressivité des patients se note à deux niveaux essentiellement, à savoir les entretiens et le Rorschach. Au niveau des entretiens, tous les patients ont été choisis en fonction de leurs représentations culturelles. Autrement dit, dans leur discours, on a pu noter des représentations en rapport avec les croyances à la sorcellerie : « *La famille maternelle et la famille paternelle sont associées. Il y a des sorciers...* » (Cas Angèle) ou « *Ma mère est sorcière ; elle a peur que je prie à la maison...* » (Cas Pierre) ; les croyances à la magie : « *Mon beau-frère ait de la magie. J'ai trouvé dans la chambre de ma sœur une dame-jeanne de sang que j'ai cassée...* » (Cas François). A ce niveau, il convient de noter chez le patient l'existence de ces représentations qui peuvent être utilisées selon une fréquence élevée ou pas.

D'un point de vue clinique, on peut noter d'un côté les patients utilisant avec foisonnement ces représentations dans leur discours (Cas François et Thomas) et de l'autre ceux qui ne le font qu'occasionnellement (Cas Angèle et Pierre). Il y a une grande capacité de création pour les uns et une capacité très limitée pour les autres. De ce fait, qu'est-ce qui est à l'origine de cette différence du sujet ?

Au niveau du Rorschach et du TAT, l'expressivité du sujet peut se manifester par deux types de protocoles : ceux inhibés et ceux abondants. Dans les protocoles inhibés, l'expressivité est tellement absente qu'on peut aller jusqu'à la disparition des formes. A ce niveau, il y a difficulté pour le sujet à représenter ou à lier les représentations entre elles, donc à symboliser. Par rapport à cela, il convient de noter que la chronicisation de l'état entraîne une perte de capacité à lier les représentations, à symboliser.

« M. Mabilia, âgé d'une cinquantaine d'années, a été hospitalisé suite à une « schizophrénie », avec un versant mutique. Instituteur, M. Mabilia est hospitalisé depuis trois ans suite à une décompensation. L'histoire de la maladie révèle qu'elle a commencé par des accusations de sorcellerie et de rivalité professionnelle. Il voyait des gens lui faire de mal et lui prendre son poste d'enseignant ».

Les entretiens du cas Mabilia sont pauvres et répétitifs. Il se caractérise par un état mutique. Lorsqu'il arrive à sortir de son mutisme, il y a expression des écholalies, des propos qui diffèrent de ses croyances de départ. On note alors un appauvrissement ou une disparition des croyances chez le sujet. A ce niveau, on peut dire qu'il y a une dégradation des formes, allant des formes les plus signifiantes à la disparition du sens, voire des formes en rapport avec les croyances. Il s'agit de l'altération des formes (F. Minkowska, 1956).

Le Rorschach du cas Angèle, par exemple, se caractérise par une grande inhibition, avec un temps de passation très long (45 min), un nombre de limité de réponses (9) et un contenu très pauvre. La deuxième passation, deux semaines plus tard, a pour objectif en

partie de tenter de lever cette inhibition, notamment à l'enquête avec un début de symbolisation. Cette deuxième passation fait ressortir les mêmes caractéristiques : même nombre de réponses, inhibition aux mêmes planches, etc. La question est de savoir quelles sont les différentes formes de ce protocole ? Quels sont les processus présidant à leur apparition ? Quelles fonctions jouent ces formes ?

Malgré cette inhibition d'Angèle, on peut noter trois formes significatives : la « *prière* » et le « *masque* » et la chauve-souris aux planches I, IV et V. A la planche I, dans la première réponse, il y a la référence à la spiritualité chez le sujet. Elle fait allusion à la prière : « *Là, les bras. Une personne qui a les mains comme ça* ». D'un point de vue phénoménologique, à la première planche du protocole, le sujet commence par une précaution verbale (« *On dirait* »), montrant un certain doute. Celui-ci va s'accroître tout le long du protocole. Mais l'excès de doute va renforcer l'inhibition, à l'origine de la disparition des formes. En effet, la forme est associée à une petite kinesthésie, résultat un léger mouvement pulsionnel, avec un morcellement. Mais cette représentation montre une certaine contradiction pulsionnelle chez le sujet, se situant entre la vitalisation (mains levées vers le ciel) et la dévitalisation (« *...tête coupée, qui n'a pas de tête...* »).

La deuxième forme symbolique se note à la planche IV. En effet, c'est à l'enquête que cette forme apparaît : « *C'est à peu près comme des gens qui dansent le « mukudji » où on cache le visage pour qu'on ne puisse pas reconnaître la personne* ». Cette forme est en rapport avec le masque qui est à la fois une danse (la danse du masque) très connue dans la culture de la patiente (le « *mukudji* ») et un ornement qui donne une apparence trompeuse sous laquelle l'individu s'efforce de cacher ses véritables sentiments. A ce niveau, se pose alors la question du rôle ou du personnage. Comme c'est le cas du sorcier.

La troisième forme apparaît à la planche V, avec la référence à la chauve-souris : « *Je vois comme si c'est l'oiseau qu'on appelle « Dupung » (Chauve-souris en langue Iponu). Tu dois m'excuser, je ne sais pas comment on appelle ça en français....* ». Dans la société gabonaise, la chauve-souris recèle un ensemble de représentations. Par son caractère nocturne, cet animal est maléfique car se caractérisant par une agressivité, une méchanceté. Pour cela, la chauve-souris est rattachée aux représentations de la sorcellerie. Et en tant qu'animal de nuit, la chauve-souris s'oppose à l'ordre et à la vie sociale.

Dans le cas Patrick, quelques formes apparaissent. Ces formes sont en relation avec les croyances du sujet. A la planche IV, la septième réponse fait référence à l'ange : « *...Je vois une personne comme un ange, une personne qui est attachée par l'arrière* ». La quatrième réponse de la planche V, on note une référence à la prière : « *Il y a aussi une personne ici là qui doit être assise avec les mains comme ça (mime le geste de prière)* ». Cette réponse est ensuite suivie d'un commentaire : « *Je crois qu'il y a deux camps entre le Bien et le Mal, le bon et le mauvais* ». Mais cette question du Bien et du Mal va se retrouver à la deuxième réponse de la planche VII : « *Je vois deux trucs qui se regardent et qui se séparent de l'autre. L'autre qui va vers le mal et l'autre qui vers le bien...* ». Cette problématique va aussi se retrouver dans les planches de choix.

En tant que choix positif, le sujet choisit la planche VIII : « *Comme si je suis en train*

de voir deux personnes qui sont en train de se diriger vers le Bien, voulant faire ce qui est bien ». Alors que dans le cas du choix négatif, le mal apparaît à la planche III : « *Deux personnes qui sont en train de tuer quelqu'un, tuer un humain, de faire du mal* ». A travers ce choix, le sujet prend le temps de signifier ce qui est bien et ce qui est mal. Pour cela, tuer appartient au camp du mal. Ce qui renvoie à la conception judéo-chrétienne qui est basée d'un côté sur la recherche du Bien et de l'autre l'évitement du Mal, à l'origine du péché.

Mais pour le sujet, le passage à l'acte (« *tuer un humain, faire du mal* ») est la conséquence d'un envoûtement. Envoûtement dont le sujet trouve une solution à la planche X : « *Je vois des choses qui étaient mauvaises qui sont en train de partir d'eux. Si je comprends bien, les deux là étaient envoûtés par ces trucs* ». C'est pour cette raison que la planche X est une planche aimée. Dans ce sens, il y a une référence à l'envoûtement en tant de croyances du sujet.

Quels sont les processus sous-tendant ces formes, ce niveau expressif ? Quelle est la part de la culture dans l'organisation de ces formes ?

Si la première forme peut appartenir aux croyances modernes (christianisme), les deux autres formes font partie des croyances traditionnelles. Elles sont en relation avec les représentations de la sorcellerie. Ce qui permet de noter que le sujet met en opposition d'un côté la religion moderne et de l'autre les croyances à la sorcellerie. L'expressivité se manifestant par l'abondance des réponses du discours des propos du sujet peut être comprise par l'approche analytique comme faisant partie d'une dynamique anale. Celle-ci se caractérise par deux pôles : lâcher et retenir, la rétention et l'expulsion. Ce fonctionnement de type anal utilise deux modes : actif et passif. Pour B. Chouvier (2002, 36) :

« Selon son degré propre de structuration, le sujet parcourt le stade de l'analité, soit selon un mode régressif, soit selon un mode progressif. Les productions vont se réaliser sur un mode actif ou réactif, dans une attitude soumise ou dominante avec un flux de matière de type maximaliste ou de type minimaliste ; l'atonie ou l'eutonie prendront le dessus, l'œuvre se déroulera dans la profusion, l'explosion et l'expansion ou bien elle visera à la restriction drastique et jouissive de ses moyens, avec une retenue maintenue ».

A ce niveau, on peut noter que l'expressivité se caractérise par deux champs tensionnels.

D'un côté, il y a un flux d'expression, de décharge brute et massive. A côté de cet excès, il y a, à l'inverse, une maîtrise, un contrôle des flux, une rétention et une économie des moyens se caractérisant par une expression limitée des formes. Poussé à l'extrême, la limitation de l'expression entraîne une inhibition. « *Inhibition et enfermement guettent les excès formels. Les sources créatrices se tarissent avec les surenchères minimalistes* »²²⁴.

De l'autre côté, il y a le deuxième champ tensionnel comprenant, d'une part, le rythme et d'autre part, l'automatisme. Autrement dit, l'expression des formes repose sur

²²⁴ Bernard Chouvier, Op. cit., p. 35.

un rythme et un automatisme. A travers le rythme, il y a une scansion temporelle permettant l'harmonisation entre les pulsations internes et les activités externes. Mais ce rythme peut de temps en temps subir des variations dues aux ruptures. Quant à l'automatisme, il se caractérise par la répétitivité mécanique, avec une cadence immuable, à l'origine d'une stéréotypie. D'un point de vue analytique, la répétition est sous-tendue par deux mécanismes : celui reposant sur la dynamique pulsionnelle et relationnelle du sujet et celui qui est en dehors de cette dynamique, c'est-à-dire lié à l'automatisme.

Ainsi, il y a une retenue se caractérisant par une inhibition qui se manifeste tout le long de la passation et de l'autre, une expression de quelques formes. A travers ces formes, on peut noter des tentatives de lien du sujet. En ce qui concerne le cas Angèle se caractérisant par une inhibition, à la première planche, il peut s'agir d'un lien spirituel, se caractérisant par la prière. L'inhibition d'Angèle porte non seulement sur sa pensée mais aussi sur son comportement. Pour B. Chouvier (2002), cette stéréotypie empêche l'émergence de l'inattendu.

Si l'inhibition est manifeste au niveau du protocole de Rorschach d'Angèle – une seule planche pourrait justifier le lien du sujet avec le domaine spirituel –, en revanche, c'est dans le protocole de TAT que ce lien est plus manifeste. En effet, le sujet fait référence à sa confession chrétienne, à la bible, à son église, à l'accoutrement des chrétiens, à la conversion, etc. Toutes ces références montrent le type de relation que le sujet a avec lui-même et avec le monde extérieur. Relation basée sur la croyance en Dieu. A ce niveau, la référence à sa croyance est régulière chez le sujet. Pour cela, il convient de se demander les motifs cette fréquence élevée des croyances chrétiennes. Est-ce que cela voudrait dire que la relation est plus inhibée lorsqu'il s'agit d'une relation de soi à soi que de soi à l'objet ? Quel sens peut-on donner à l'expressivité du sujet ? S'agit-il d'un mécanisme de défense ? Pour lutter contre quoi ?

3.3.2. La signifiante comme mode de symbolisation

Dans son expressivité, l'activité de représentation porte aussi en elle une dimension signifiante, c'est-à-dire qu'elle a un sens. « *Tous les modes d'expression révèlent du sens, même si ce sens ne fait pas l'objet d'une attention particulière* » (B. Chouvier, 2002, 37). Certains sens sont implicites et demandent à être explicités. D'autres sont personnels et restent dans l'intimité du sujet. Dans tous les cas, quel que soit le degré de sens, celui-ci s'inscrit dans un « *mouvement de signifiante* ». En effet, trébucher sur un caillou en marchant, représenter la maladie mentale par les croyances à la sorcellerie ou encore entendre chanter le hibou la nuit, etc. possèdent tous un sens, chacun à son degré. Tous reposent sur des « *systèmes de pensée* ». A quoi peut-on renvoyer la référence aux systèmes de pensée lorsqu'un individu l'utilise pour représenter la maladie mentale par exemple ? Autrement dit, quel sens possède l'utilisation des représentations pour le sujet ?

Dans la société gabonaise, le chant du hibou a un sens très grand car il a une valeur de communication. Par son caractère annonciateur, la nuit, le chant du hibou renvoie un événement malheureux (décès par exemple). Il en va de même pour un malade mental

dont l'observation va faire appel à des représentations en rapport avec la sorcellerie. Alors qu'en trébuchant sur un caillou en marchant, même si ce fait a aussi une valeur de communication (permettant aussi de laisser présager l'existence d'un malheur), il est plus personnel car cela peut passer inaperçu pour d'autres personnes. Ainsi, il y a des sens qui sont plus personnels, tournés dans la relation de soi à soi. Tandis que d'autres font appel à une communication. Dans cette perspective, chaque représentation s'inscrit dans un « *mouvement de signifiante* ».

Cependant, l'utilisation d'un « *système de pensée* » repose sur deux modalités. Dans un premier cas, pour l'auteur, le sens peut dépendre de deux intentionnalités, soit il s'agit de la reproduction d'un modèle, soit il s'agit de mettre en relief une émotion, une idée, etc. Dans les deux cas, il y a un but qui est visé. Car, d'une part, en se fiant à un modèle implique non seulement la recherche du sens mais aussi la volonté de ressembler, de se conformer au modèle. Dans ce sens, le sujet qui représente trouve sa vérité et se fait aussi l'interprète de la vérité du modèle. D'autre part, il y a l'intention formelle qui repose sur la volonté du sujet à créer une forme derrière une apparence concrète. Autrement dit, par sa matérialité, la forme a pour finalité d'exprimer ou de symboliser un sentiment ou un état interne comme la tristesse ou l'exaltation. Ainsi, par l'utilisation des représentations, il y a non seulement la recherche d'un modèle, d'une vérité mais aussi la recherche d'un sens car les représentations sont la forme et l'expression d'un état interne du sujet.

Le sujet faisant référence aux représentations a pour objectif de transmettre un message. Par exemple, d'une consultation chez le *nganga*, il ressortira que l'individu a été ensorcelé. Ce discours sera transmis aux membres de la famille et au sujet. Autrement dit, le sens de ce message est que le mal est lié à un sorcier qui est une personne qui se trouve dans la famille²²⁵. Ce discours issu de la consultation est repris par le patient qui va l'utiliser dans le but de se représenter sa maladie. Ces éléments repris vont être réélaborés par le malade puis représentés. Ce qui correspond à la définition de la représentation qui, dans son sens étymologique, est la reproduction d'un sens ou d'un objet.

Cependant, pour G. Pankow (1984)²²⁶, s'intéressant aux travaux sur l'art, montre que la représentation n'est pas simplement une présentation de nouveau, une simple reproduction d'une copie mais plutôt une production. Celle-ci, même sous la forme la plus minimale, participe au travail de transformation, aux processus créatifs ou de symbolisation dont les représentations de la maladie mentale ne sont que l'objet médiateur. Ce qui permet alors le déclenchement du processus représentationnel. Dans cette perspective, l'utilisation d'un modèle ou d'un système de pensée a pour objectif de donner un sens à l'objet, tout en étant l'interprète de la vérité du système de pensée ou du modèle. Le sujet se sert des représentations que la culture met à sa disposition pour pouvoir représenter ou expliquer sa souffrance.

²²⁵ Il est très rare que le sorcier puisse agir sur une personne qui n'est pas un membre de sa famille, sauf si l'autorisation est donnée par un membre de cette famille.

²²⁶ Gisela Pankow, L'importance du concept de la forme dans l'approche de la psychose. *L'information psychiatrique*, 1984, 60, 2, pp. 133-138.

Toutefois, il peut arriver que l'utilisation des mêmes croyances pour représenter la maladie mentale soit le résultat d'une simple reproduction. En ce sens, en se référant à ce modèle, il s'agit d'une imitation ou d'une répétition automatique. Tel est le cas par exemple d'un enfant qui va utiliser certaines représentations car il les a entendues de la part de ses parents ou dans le milieu où il vit. Dans ce sens, il s'agit d'un seul conformisme. Mais lorsque les représentations sont utilisées selon l'état interne du sujet, elles cessent d'être un conformisme et leur utilisation possède une finalité : celle d'exprimer ou de symboliser son état (M. Milner, 1976)²²⁷.

L'expression formelle peut comprendre différents niveaux, allant de la sensorialité à la conceptualité. Dans le cas de la sensorialité, il y a l'implication des différents sens dans l'activité représentative : goûter, voir, toucher, entendre, sentir. Ce sont ces sens qui sont à la base de la représentation ou de la symbolisation. Dans son échelle de symbolisation, D. Anzieu (1981) parle de premier niveau de symbolisation. En se servant des travaux anthropologiques de C. Lévi-Strauss (1964)²²⁸, l'auteur montre l'implication des sens dans l'activité de symbolisation.

Dans les différents cas présentés, on peut noter l'existence du verbe « voir » qui est mis en avant par le sujet. En effet, dans la plupart des planches, il y a ce sens qui intervient : « ...Je vois, ...Je ne vois pas... ». Même en admettant que la consigne ait été mal donnée au départ, on peut quand même convenir que ce sens a fait écho chez les sujets, à leur problématique. En effet, une des caractéristiques de la pathologie des sujets, dans sa phase expansive, est l'hallucination visuelle où ils croient « voir » des gens qui lui veulent du mal. Dans le cas Angèle par exemple, lors de sa période délirante et hallucinatoire, elle se sert de cette vue pour différencier d'un côté, les « *habits rouges* » représentant le « *sang de Jésus* » et de l'autre, les « *habits noirs* » qu'elle va mettre à la poubelle car représentant Satan.

La souffrance à laquelle était confrontée Angèle, depuis sa tendre enfance, l'a conduite à utiliser différents rites et cultes soit pour ses initiations, soit pour ses consultations. Ces faits ont bien pu favoriser le développement de ce mode de symbolisation qu'est le voir. Par ses initiations et ses consultations des *nganga*, c'est la vue qui est mobilisée, à travers les visions (initiations, consultations). De ce fait, je peux émettre l'hypothèse selon laquelle toutes ces situations impliquant la vision ont développé chez ces sujets ce mode primaire de symbolisation qu'est la vision.

Cependant, les sens, la vision en particulier, sont à considérer sur deux niveaux. Le premier concerne le sens propre, c'est-à-dire en tant qu'activité sensorielle. Pour cela, « voir » dans le cas d'Angèle, signifie percevoir par les yeux, utiliser les yeux dans la saisie immédiate des formes, des couleurs. Alors que le deuxième niveau concerne le sens figuré. Ici, « voir » ne signifie plus saisir un objet immédiatement par les yeux mais apprécier l'impact visuel afin de signifier un point de vue, une représentation. C'est comprendre l'objet. En ce qui concerne le cas Angèle, quand elle dit : « ...Je vois... » ou

²²⁷ Marion Milner, *Inconscient et peinture* : une approche psychanalytique du dessin chez l'enfant et l'adulte. Paris, PUF, 1976, 254 p.

²²⁸ Claude C. Lévi-Strauss, *Le cru et le cuit. Mythologiques*. Paris, Plon, 1964, 400 p.

« ...*Je ne vois pas...* », c'est aussi une façon pour elle de dire : « ...*Je comprends...* » ou « ...*Je ne comprends pas...* », comme si elle se trouvait dans une phase d'initiation ou de consultation au cours de laquelle, il lui était demandé de « voir ». C. Lévi-Strauss (1964) parle d'une logique des qualités, notamment sensibles, comme une logique de fonctionnement permettant de donner une forme et une signification.

Tandis que de l'autre côté, il y a la mise en relief de la conceptualité, de l'abstraction. De ce fait, le sensible est exclu au profit de l'idée, de l'abstraction. Dans le cas François, on peut noter cette tendance à l'abstraction : « ...*l'amour absolu de sa femme...* » est précédée d'un amour charnel au bord du viol. On note alors chez ce cas le passage d'un amour sensible à un amour abstrait. Ce passage se fait par une transformation, une médiation de l'objet (Ici les images du Rorschach et du TAT).

Toutefois, la sensorialité et la conceptualité ne s'opposent pas. Pour B. Chouvier (2002, 40), « *les deux tendances ne se différencient et s'opposent dans et sous leur forme modélisée. La plupart du temps elles apparaissent agglutinées l'une ou l'autre dans un amalgame, un mixte ou un conglomérat en lien direct avec la tonalité propre du sujet qui porte l'activité expressive* ». Dans ce sens, il y a un mariage entre le sensible et le concept. Il s'agit d'une stylisation consistant à marier le sensible au concept, à favoriser l'union entre l'émergence des formes concrètes et le principe idéal présidant à leur formation.

TROISIEME PARTIE : POUR UNE APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DES LIENS ENTRE CROYANCES ET REPRESENTATION DE LA MALADIE MENTALE EN CLINIQUE INTERCULTURELLE

Chapitre 1. La méthodologie projective comme lieu d'expression et de symbolisation

La référence à la méthodologie projective sur la problématique des représentations confronte le chercheur à penser et à créer son dispositif. Cette confrontation repose sur l'existence d'un processus créateur mobilisé par la situation projective. Celle-ci découle des processus de symbolisation qui sont à l'œuvre dans les représentations de la maladie

mentale. Dans cette recherche, le Rorschach et le TAT ont joué un rôle très important dans le dispositif méthodologique. Pour cela, le « *projet projectif* » (D. Dérivois, 2004) semble intéressant pour comprendre la construction de ce dispositif.

1. Le « projet projectif »

Le « *projet projectif* » s'inscrit dans le prolongement des travaux de P. Roman (1991) sur le « *fil projectif* ». Par projet projectif, il faut entendre « *l'ensemble de la problématique d'un sujet actualisé du fonds intime-étranger du sujet au contact de la matérialité d'un test projectif et de la présence du clinicien* » (D. Dérivois, 2004, 213). A cet effet, au cours de la situation, C. Chabert et F. Brelet (2003) indiquent-elles au moins trois pôles : le sujet qui projette, le clinicien et le test où ce qui est mobilisé participe à la mise en scène et à la construction du projet projectif. Ainsi, le projet projectif est « *le projet du Moi pris dans l'ici et maintenant de la relation clinique entre le passé, le présent et l'avenir, entre le dedans, le dehors et le ni dedans/ni dehors, entre les réalités biologiques, matérielle et psychique* »²²⁹.

Dans ce projet projectif, l'utilisation des méthodes projectives permet au sujet de représenter et symboliser (R. Roussillon, 1998)²³⁰. Dans ce sens, l'application de cette méthodologie projective aux représentations culturelles a permis de noter l'existence des « *noyaux de croyance* ». Dans son travail sur la clinique des « *personnalités-bordure* », L. Brolles (2002)²³¹ s'interroge sur les effets liés à la rencontre entre l'objet primaire et l'activité représentative, à travers la méthodologie projective. Pour cela, l'auteur parle des réponses « *bordure* ». Il en va de même pour D. Dérivois (2004) qui, à partir de la clinique antisociale, fait ressortir certains indicateurs comme les réponses « *coupure* », « *espace* », « *liquide* », « *gazeux* », etc.

Ainsi, dans le cadre de cette recherche, et sur la base de ces approches, l'utilisation du Rorschach et du TAT a permis de ressortir certains indicateurs comme les réponses « *prière* », « *masque* », « *Bien/mal* », etc. Ces réponses se sont trouvées en complète relation avec celles obtenues au cours des observations cliniques et des entretiens.

Au cours de la situation projective, c'est aussi à travers le test, et en particulier la planche, que se déroule le projet projectif.

1.1. La planche comme moyen d'expression

Dans la situation projective, le sujet se sert de la planche. Par sa matérialité, elle fait office de moyen d'expression. Dans ce sens, la planche est un espace qui met en scène les

²²⁹ Daniel Dérivois, Op. cit, p. 213.

²³⁰ René Roussillon, Désir de créer, besoin de créer, contrainte à créer, capacité de créer. Chouvier B. et al., *Symbolisation et processus de création*. Paris, Dunod, 1998, pp. 158-171.

²³¹ Lisbeth Brolles, *Survivre au désespoir* : processus limite, identité, symbolisation. Apport des méthodes projectives dans la clinique dans la clinique. Thèse de doctorat de Psychologie, Université Lumière-Lyon 2, 2002, 376 p.

aspects internes du sujet, en permettant l'expression de sa problématique. Certains sujets n'arrivant pas à s'exprimer suite à une inhibition, peuvent voir celle-ci être levée grâce à la « *vision en images* ».

Dans ce sens, le Rorschach et le TAT sont deux épreuves qui permettent l'expression par l'intermédiaire du mécanisme de projection. En prenant le cas d'Angèle, on peut noter qu'elle fait énormément allusion à Dieu, et en particulier « *Jésus-Christ* », en tant qu'image salvatrice. La passation du Rorschach et du TAT permettent de noter non seulement la présence des références chrétiennes : « *...les mains sont comme ça...* » (Planche I), mais aussi celle des croyances traditionnelles : le « *mukudji* » (Planche IV). Ces références mettent en exergue d'un côté les réponses « *prière* » et de l'autre les réponses « *masque* ». Dans ce sens, quelles relations existe-t-il entre les références chrétiennes et les références traditionnelles ?

Lorsqu'Angèle répond à la première planche du Rorschach : « *...les mains sont comme ça...* », en mimant le signe de la prière, on peut y voir l'expression d'une implication personnelle du sujet. A travers cette réponse « *prière* », on peut observer mouvement narcissique, d'une relation intime chez le sujet. E. Minkowski (1933) note que la prière est une « *intériorisation vécue* ». En ce sens, elle met le sujet en relation avec lui-même par le recueillement. Ce qui implique l'existence d'une dimension narcissique. Ainsi, à travers cette réponse « *prière* » notée au Rorschach, il y a une relation du sujet de soi à soi.

Tandis qu'au TAT, la réponse crédique se situe dans un relation comme on peut le noter à la planche 2 : « *... Un jour de dimanche, tous les chrétiens doivent aller à l'église. Cet homme a deux femmes. Il y une qui va à l'église et l'autre non car elle écoute ce que son mari lui dit. Elle n'aime pas l'église et elle est en grossesse. Son mari est en train de faire le jardin et la femme est là. Comme elle est en grossesse, peut être c'est la fatigue, elle assiste encore...* ». Cette réponse met en évidence la relation du sujet à l'autre, le lien de soi à l'autre.

Ainsi, le Rorschach et le TAT peuvent permettre la compréhension du fonctionnement psychique. Sur la base de ces épreuves, on peut aussi mettre en évidence la capacité ou l'incapacité à « *symboliser* » du sujet. Si le Rorschach est particulièrement utilisé pour le repérage de la qualité des liens intrapsychiques (le lien à soi) et de l'image du corps, en tant qu'épreuve thématique, le TAT a été choisi par sa capacité à mettre en évidence la qualité des liens intersubjectifs (le lien à l'autre).

Afin de saisir le fonctionnement psychique du sujet, l'utilisation du Rorschach et du TAT doit se faire une certaine complémentarité, telle que C. Chabert (1993) la met en relief à travers ces caractéristiques :

« *le Rorschach oblige à une centration narcissique, appelée en quelque sorte par les caractéristiques du matériel, la symétrie ordonnée autour de l'axe vertical sollicitant la projection de représentations du corps [...]. Le T.A.T., en apparence, offre davantage de sollicitations relationnelles par la facture même des images qui y sont proposées [...]. Les conduites requises par la consigne doivent mobiliser un travail de pensée dans la construction du récit autour d'un scénario imaginaire : il s'agit donc de recourir à une activité de liaison, notamment dans l'aménagement des conflits pulsionnels* ».

Ainsi, l'objectif est de repérer différentes constantes dans les protocoles et les caractéristiques dominantes chez les sujets, notamment les processus de symbolisation. Dans un monde où les représentations culturelles sont très nombreuses, il convient de spécifier la nature des conflits et des assises narcissiques, celle des angoisses dominantes et des défenses mises en jeu contre ces angoisses.

Cependant, dans un monde où il y a un délaissement des références traditionnelles, que peut signifier la référence aux croyances religieuses modernes à l'origine d'une forme de symbolisation ? Peut-il s'agir d'un biais lié au contexte culturel du sujet ?

L'utilisation de la méthodologie projective dans des cultures différentes de celle dans laquelle elle a été façonnée peut avoir des biais au niveau de la passation et des réponses, dans la façon d'appréhender le matériel en particulier. Chez certains sujets, ce biais culturel peut se poser avec beaucoup de perspicacité ou de façon indirecte. L'utilisation des croyances religieuses modernes par le sujet peut s'inscrire dans le cadre de ces réponses signifiantes en rapport la problématique soulevée par cette recherche. Dans cette perspective, les croyances religieuses modernes sont des formes symbolisantes pour le sujet. Cependant, au-delà de cette dimension signifiante, les réponses en rapport avec les croyances religieuses modernes peuvent être le résultat d'un biais culturel. Chez Angèle, Pierre, Thomas, Patrick, on peut noter l'importance des réponses chrétiennes. En ce sens, à quoi peut renvoyer la référence au christianisme chez les sujets ?

Par ces réponses, on peut aussi entendre la présence d'un biais culturel lié au matériel, notamment celui du TAT qui est figuratif. Le christianisme, dans ce cas, peut renvoyer au « colonisateur », au « missionnaire », à tout ce qui est « bon » et « bien », sur qui peut porter une identification positive. D'ailleurs, Angèle par exemple, à la planche II du Rorschach, fait ressortir l'importance de l'homme blanc : « ... C'est un blanc. Voici les pieds qui sont blancs... J'aperçois les jambes d'une personne qui est blanche... ». Cette référence à l'homme blanc présente dans les entretiens. Elle est liée au désir qu'éprouve le sujet de venir vivre en France, sur proposition de son amie d'enfance qui y vit depuis quelques années.

1.2. La question de l'implication subjective du chercheur

Dans la situation projective, le clinicien ou le chercheur constitue un des pôles de la situation. Sa présence participe à la dynamique transféro/contre-transférentielle et porte sur l'ensemble de ressentiments dus aux différentes représentations rencontrées par les sujets dans la relation projective. Ce sont en particulier les situations d'inhibition qui m'ont conduit à m'intéresser à ma propre implication dont le but était, peut-être, de servir au sujet de contenant à la production des réponses. A travers cette dynamique, le chercheur peut devenir un contenant. Dans la relation clinique avec les sujets confrontés à la problématique de la sorcellerie, comment réussir à lever cette inhibition ?

En tant que sujet connaissant, j'ai une part dans la construction de la relation projective. Garantir un « environnement suffisamment bon » comme le note D. Winnicott (1971)²³² est essentiel. Pour cela, la question du partage des origines semble importante. Selon l'origine de la personne, cette relation peut ou ne pas bien se dérouler. Dans le cas

d'Angèle par exemple, après une inhibition au spontané de la planche V du Rorschach, l'expression de la forme « *masque* » en langue *Punu* a été possible à l'enquête, peut-être, parce que je partage avec elle la même origine linguistique. D'ailleurs, une question m'a été posée par rapport à une des réponses données en langue *Punu* : « *On appelle ça Dupung (chauve-souris), Vous comprenez Punu, vous êtes Punu non ?* ».

Comme si le sujet, en utilisant sa langue maternelle pouvait s'exprimer facilement. Face à un clinicien de culture étrangère, l'expression aurait été la même ? Cette situation aurait-elle encore contribué à renforcer l'inhibition du sujet ou de la lever ? Mais je pense n'avoir pas été très attentif à cette demande. Peut-être que c'était une façon pour moi d'éviter tout risque. Imaginez que j'aurais fait passer le Rorschach en langue *Punu*. Aurais-je obtenu la levée de cette inhibition ? Quelle place le relationnel peut-il avoir dans l'expression de certaines formes ou au contraire la renforcer ?

Ainsi, à travers ces situations projectives, l'inhibition, le refoulement notés chez Angèle étaient-ils le résultat d'une répétition ? Dans ce sens, qu'est-ce qui vient se répéter dans l'institution venant bloquer le sujet ? Quelles peuvent être les conséquences sur la thérapie du sujet ou sur le dispositif de recherche ?

Ici, on peut noter que l'institution psychiatrique, à travers les tests projectifs, a sa part dans la construction de la situation projective. Par son caractère non figuratif, le Rorschach, en tant qu'objet nouveau et « *étrange* », doit faire peur de la même façon que le sorcier au village. A travers la passation du Rorschach, il y a donc une répétition de la peur du sorcier. Ce qui conduit à l'expression d'une inhibition chez le sujet. Dans ce cas, le matériel projectif et l'objet persécuteur se trouvent intriqués.

2. La contenance par le relationnel

Dans une perspective projective, il s'agit d'accompagner le sujet par le relationnel. Pour B. Chouvier (2002)²³³, celui-ci constitue un mode de symbolisation. Par ailleurs, ce relationnel peut s'exprimer à travers l'activité représentative.

2.1. Le relationnel comme mode de symbolisation

Le relationnel joue énormément dans l'expression de certaines formes. En effet, celles-ci peuvent s'exprimer selon que le sujet se sente en sécurité ou non. En même temps, selon qu'il sache qu'il va être écouté par son interlocuteur. Ce qui implique une dimension du transfert, et par conséquent, du contre-transfert. S. Freud (1914)²³⁴ parle de transfert pour montrer ce qui se passe au cours de l'analyse où le sujet revit certaines expériences de son passé. Il s'agit de toute relation inconsciente unissant le sujet à un autre qui est pris

²³² Donald Woods Winnicott (1971), *Jeu et réalité*. L'espace potentiel. Paris, Gallimard, 2002, 276 p.

²³³ Bernard Chouvier, Les fonctions médiatrices de l'objet. Chouvier B et al., *Les processus psychiques de la création*. Paris, Dunod, 2002, pp. 29-59.

²³⁴ Sigmund Freud (1914), Remémoration, répétition et élaboration. *La technique psychanalytique*. Paris, PUF, 1967.

comme support de ce qu'il n'est pas mais qu'il pourrait être.

A travers cette relation, le patient traduit en acte ce dont il ne se souvient pas et le traduit à l'égard du médecin. Pour cela, il s'agit d'un transfert qui n'est lui-même qu'un fragment de répétition. Et c'est dans ce sens que H. Searles (1979)²³⁵ note que dans la clinique transférentielle, l'autre occupe une fonction essentielle qui est celle de compléter l'appareil psychique du sujet. En tant que répétition, il s'agit de symbolisation.

L'acte de représentation, véritable démarche expressive (comme on l'a vu dans le niveau expressif), soulève la question de l'intersubjectivité. En ce sens, le niveau relationnel s'inscrit d'abord dans une démarche intersubjective où l'objet est construit à partir du transfert. Dans le transfert issu de la cure, S. Freud (1914) parle d'intersubjectivité pour signifier la rencontre de deux psychismes : celui du patient et celui de l'analyste. Ce qui montre l'existence de la relation entre deux objets. Dans le cas de la représentation de maladie mentale par le phénomène de la sorcellerie, il y a une relation entre le sujet, le patient et l'autre, c'est-à-dire le père, la mère, l'oncle, la tante (sorciers présumés), et cela, par l'intermédiaire des croyances à la sorcellerie.

L'utilisation des représentations culturelles, « *objets médiatisants* », se fait en référence avec quelqu'un (père, oncle, tante présumés sorciers) ou une entité (les esprits, les ancêtres). A partir de ces représentations, il y a une relation d'objet qui est établie. Relation qui est interrompue lorsque l'individu est dans l'incertitude ou quand il est dans une situation conflictuelle avec son environnement. Mais à partir des croyances à la sorcellerie, la relation d'objet est établie de nouveau, même si elle se trouve « *déformée* ». Ainsi, les croyances à la sorcellerie peuvent-elles constituer un objet de relation car elles permettent encore au sujet d'être en relation avec son environnement, même s'il s'agit d'une relation persécutive. De ce fait, il y a un déplacement de la relation d'objet sur l'objet, ensuite il y a une reprise de cet objet comme objet de relation (C. Guérin, 1992)²³⁶.

2.2. La relation transférentielle à travers le processus représentationnel

A travers les processus de représentation, la dimension transférentielle est prise en compte, même dans une situation de recherche. L'objectif pour un chercheur clinicien est d'en tenir compte afin d'essayer de recueillir un maximum d'informations. Mais trop considérer le transfert peut risquer de renforcer ses effets. Toutefois, le transfert peut aussi être mis entre parenthèse afin de se décentrer du sujet vers l'objet. Ceci n'est possible que s'il y a excès de transfert. Soit les représentations sont prises en compte dans la relation. Ce qui nécessite la connaissance de ces représentations ou croyances présentées. Soit elles ne sont pas prises en compte suite à un excès de transfert. En effet, lorsque les représentations et les croyances sont envahissantes et débordantes, cela peut entraîner une décentration du sujet sur l'objet.

²³⁵ Harold Searles (1979), *Le contre-transfert*. Paris, Gallimard, 1981, 340 p.

²³⁶ Christian Guérin, L'objet de relation ou la transparence de l'obstacle, à propos d'un film de W. Wenders Paris-Texas. *Actes des Journées d'études du COR* : Objet culturel, travail psychique, Arles, Hôpital François-Imbert, pp. 117-147, 1992.

Dans une position méthodologique classique, il s'agit de tenir compte de ce transfert qui est au cœur même du dispositif thérapeutique. Car c'est à l'intérieur de celui-ci que peut avoir lieu l'expression et la signifiante. Sur la base de l'objet représentation, il s'agit d'ajuster le dispositif et ses objectifs dans le but de saisir les réalités psychiques en jeu. Le niveau relationnel s'inscrit dans une démarche symbolique. En effet, pour être en phase avec son niveau d'investissement, l'objet est inscrit dans une fonction ritualisée et sacralisée. Pour cela, l'objet devient un objet utilitaire. Par exemple, selon les croyances, chaque sujet va posséder ses rituels. Pour les chrétiens par exemple, la croyance en Dieu développe des pratiques de prières, de jeûnes, la participation aux cultes, etc. Alors que pour les croyants traditionnels, il y a les rites initiatiques, l'utilisation des fétiches (sens anthropologique), etc.

En tant qu'activité représentative, les rituels participent à la construction et au développement du narcissisme. En effet, ces rituels seront sacralisés à tel point qu'ils vont participer à la restauration de l'identité du sujet, à la réparation de son image de soi. Par exemple, certaines personnes disent souvent que s'ils vont bien, c'est avec la grâce de Dieu. Et qu'en « *étant en christ* », rien ne peut les atteindre ; ils deviennent invulnérables. Pour ces derniers, il suffit d'être un bon croyant et d'avoir la foi pour bénéficier des grâces de Dieu ou pour réussir sa vie. Pour les croyants traditionnels, l'initiation permet à l'individu de se protéger contre les mauvais sorts, d'être à l'abri des sorciers, d'être intouchables. Ainsi, cette sacralisation des croyances participe à la valorisation de ces représentations. Par cette valorisation, ne s'agit-il pas d'une valorisation personnelle du sujet dans le but de son accomplissement ?

L'absence peut poser un problème de compréhension de la problématique du sujet. Le refus par le sujet de mentionner certains événements, sous prétexte qu'elle est à l'hôpital et qu'on n'y parle pas de « *choses des noirs* », pose la question des aléas dans la relation avec le sujet. En rester là, en tenant compte seulement des symptômes énumérés par le sujet, risque de poser une difficulté dans la compréhension de la problématique du sujet. Or, il paraît important de tenir aussi compte de la dimension subjective du sujet, à savoir comment ce dernier élabore et s'approprie l'objet.

Ainsi, sujet et objet peuvent constituer le cadre à certains moments ; ils doivent faire partie du processus. Leur relation n'est pas fixée à l'avance comme principe. Et c'est en tenant compte de ce processus que l'expression et la signifiante sont possibles. Ce qui demande alors un ajustement du dispositif et les objectifs de la recherche, en tenant compte des réalités psychiques, individuelles et groupales, en jeu.

Chapitre 2. Processus de répétition, de lien et de symbolisation dans les représentations de la maladie mentale

Dans ce chapitre, l'idée principale repose sur le fait que les processus de répétition, de lien et de symbolisation sont intimement liés. Pour cela, il s'agit de comprendre comment

la répétition, le lien sont des processus de symbolisation.

1. De la représentation à la symbolisation

La première hypothèse a permis de noter que dans la société gabonaise, lorsqu'un individu veut expliquer et comprendre un phénomène, un fait, notamment la maladie mentale, il se réfère aux croyances à la sorcellerie. A travers cette représentation, il convient de noter qu'il y a une répétition à l'identique, c'est-à-dire une utilisation des mêmes représentations par le sujet pour comprendre un fait. Mais que peut signifier cette répétition à l'identique observable chez les individus ? Quels sont les processus qui sous-tendent cette répétition ?

Dans la répétition à l'identique, S. Freud (1920)²³⁷ parle de « *compulsion de répétition* » qui est, selon J. Laplanche et J-B. Pontalis (1967)²³⁸ :

« *un processus incoercible et d'origine inconsciente par lequel le sujet se place activement dans des situations pénibles, répétant ainsi des expériences anciennes sans se souvenir du prototype et avec au contraire l'impression très vite qu'il s'agit de quelque chose qui est pleinement motivé dans l'actuel* ». Par ailleurs, pour E. Roudinesco et M. Plon (1997)²³⁹ :

« *les idées de compulsion et de répétition rendent compte d'un processus inconscient, et comme tel immaîtrisable, qui contraint le sujet à reproduire des séquences (actes, idées, pensées ou rêves) qui furent à l'origine génératrices de souffrance et qui ont conservé ce caractère douloureux* ».

D'un point de vue clinique, la surenchère des représentations culturelles dans le discours, les actes, les conduites ou les situations vécues par les sujets justifie bien cette répétition. Dans la plupart des cas qui ont été rencontrés au cours de cette recherche, on peut noter une surdétermination des représentations et en particulier des croyances dans l'explication de la maladie mentale. Le retour du même, des mêmes représentations (sorcellerie) prend une valeur compulsive et apparaît sous la forme d'un automatisme. D'où l'expression de « *compulsion de répétition* » utilisée par S. Freud (1920). Cependant, si certains attendent qu'ils soient face à une difficulté (difficulté de guérison par l'hôpital), chez d'autres la référence aux représentations est quasi-systématique ; elle se fait inconsciemment. C'est le cas par exemple des malades eux-mêmes qui ne réfléchissent pas et qui se mettent à accuser tel ou tel autre membre de la famille.

Mais à travers la répétition de compulsion, il y a quelque chose d'actuel n'ayant forcément aucun lien avec le passé du sujet. Dans ce sens, qu'en est-il des situations de non souffrance psychique ? La répétition ne vient-elle pas combler le manque, l'absence de réponse à l'origine de l'augmentation de l'angoisse chez le sujet ? Mais à quoi peut

²³⁷ Sigmund Freud (1920), Au-delà du principe de plaisir. *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot et Rivages, 2001, pp. 47-128.

²³⁸ Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris, PUF, 1967.

²³⁹ Elisabeth Roudinesco et Michel Plon, *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Paris, Librairie Arthème Fayard, 1997.

renvoyer cette répétition ? Sur les plans clinique et psychopathologique, de nombreux travaux se sont intéressés à la répétition comme expression d'un traumatisme et comme expression de l'échec de la maîtrise d'un trauma.

1.1. La répétition comme expression d'un vécu traumatique

D'un point de vue clinique, la compréhension du phénomène de répétition peut renvoyer à celui du traumatisme. Quelques travaux ont pu mettre en relation le phénomène de répétition avec celui de traumatisme. S. Freud (1914)²⁴⁰ s'intéresse à ce phénomène de répétition dans la cure en particulier. En voulant saisir les représentations refoulées dans le travail de cure, l'auteur se rend compte des limites de la remémoration des représentations. Cependant, les patients mettent en scène et en acte dans leur vie (hors de la cure) toutes sortes de choses. Ainsi, pour S. Freud, ce qui ne peut être remémoré revient par la répétition et à l'insu de sujet.

Par ailleurs, ayant saisi ce phénomène de répétition, S. Freud (1914) va le mettre en relation avec la question du transfert. Dans ce sens, il s'agit d'un phénomène répétitif, d'une reviviscence d'anciennes émotions. Et pour cela, la répétition est considérée comme un transfert. En tant que tel, c'est une résistance susceptible de paralyser le développement de la cure. Et c'est à travers ce transfert que va se mettre en lumière le fonctionnement de la répétition qui, par son interprétation, va conduire à la cure. De ce fait, si par la répétition, il y a reviviscence d'anciennes émotions chez le sujet, que symbolisent alors les représentations existant dans le discours du sujet, responsables de la répétition ?

De même, S. Freud (1920) soulève encore cette question de la répétition. En prenant l'exemple d'un jeune enfant de dix-huit mois, s'amusant à lancer sous un meuble, c'est-à-dire hors de sa vue, une bobine attachée à un fil, puis à la ramener à lui en disant fort (« *parti* »), da (« *voilà* »), S. Freud note la relation entre le départ de sa mère et son retour. Que représentait pour l'enfant la mise en scène de cette situation douloureuse ?

Pour S. Freud (1920), cette mise en scène représentait le retour incessant des images du trauma. Car pour l'auteur, lorsqu'un sujet ne peut intégrer un événement, ni l'abstraire de sa conscience (par le refoulement), il prend valeur de traumatisme. Afin de permettre une adaptation du sujet, ce traumatisme doit être symbolisé. Pour cela, il va apparaître sous forme de rêves, de mise en acte, d'images qui sont une tentative de maîtrise et d'intégration dans l'organisation symbolique du sujet. Ainsi, la répétition a une fonction qui est celle de réduire le trauma. Cependant, il arrive que cette fonction ne remplisse pas sa mission. Ce qui soulève la question de son échec. Dans ce cas, elle est sans cesse renouvelée. D'où l'automatisme, la perpétuation. Quelles relations y a-t-il avec les patients qui font usage des représentations ?

1.2. La répétition comme expression de l'échec de la maîtrise du trauma

Selon S. Freud (1920), la répétition est la conséquence de l'existence du trauma. Par la répétition, le sujet tente de l'annuler. Dans cette perspective, il ne s'agit plus d'un

²⁴⁰ Sigmund Freud (1914), Remémoration, répétition, perlaboration. La *technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953, pp. 105-115.

fonctionnement basé sur le principe de plaisir. En revanche, Par contre, pour S. Freud, le premier des traumatismes est celui de la naissance. Par la répétition, le sujet est ramené à la naissance, c'est-à-dire à l'origine de la vie. Dans ce sens, la répétition est la conséquence du trauma originel et structural. D'où la difficulté du sujet à l'effacer. Mais ce trauma va s'intensifier au cours de la vie du sujet.

Cependant, J. Lacan (1966) théorise le concept de répétition de deux manières. D'une part, la répétition est reliée au symbolique, c'est-à-dire à un réseau de signifiants. En effet, par la répétition, ce sont les signifiants qui font sans cesse retour. Ces signifiants dépendent d'un signifiant premier disparu originellement. Et c'est cette disparition originelle qui a pour valeur de traumatisme inaugural. D'autre part, pour J. Lacan (1973), le concept de répétition est lié au réel. En effet, en se servant de deux concepts aristotéliens, la « *tuché* » et l'« *automaton* », l'auteur désigne par ce dernier le principe de la chaîne symbolique. Alors que la « *tuché* » est ce qui est à l'origine de la répétition, ce qui déclenche le trauma. Cette répétition est le réel, c'est-à-dire l'impossible à symboliser.

Ainsi, par la répétition, il y a une mise en présence d'un objet. Il s'agit d'un objet perdu que le sujet rend présent qui est la représentation comme l'indique le sens étymologique latin. En remplaçant par une autre chose ou par une autre personne un objet perdu, il y a une présentification de l'objet se faisant par la pensée. Dans la société gabonaise, face à la maladie mentale, il y a la référence aux croyances, en particulier aux croyances à la sorcellerie. Et ces croyances répétitives s'observent dans tous les cas de figures, quel que soit le phénomène en cause (maladie, échec, accident de la circulation, etc.). Et cela n'est possible que lorsqu'il y a défaut d'explication objective dudit phénomène. Dans le cas des maladies dites « surnaturelles », par exemple la maladie mentale, par faute de guérison ou par faute d'explication objective, il y a une référence à ces croyances. Dans ce sens, la référence aux croyances, notamment traditionnelles pour expliquer l'objet maladie mentale est-elle une mise en présence ?

Ce qui m'amène à noter qu'il y aurait un lien entre la répétition et la symbolisation chez le sujet. D'où l'hypothèse selon laquelle la répétition serait une symbolisation, c'est-à-dire une capacité pour le sujet à élaborer psychiquement ses conflits personnels. Et cette symbolisation se fait grâce à l'utilisation des signifiants culturels, à savoir les représentations culturelles, en particulier les croyances.

2. Répétition, lien et symbolisation

A travers ce qui vient d'être dit, l'objectif est de saisir les processus psychiques qui sous-tendent la répétition et le lien. Autrement dit, ce qui se répète et se lie. Ayant travaillé sur les passages à l'acte toxique chez les adolescents, Derivois (2003)²⁴¹ note que :

« *Quand on répète un acte, on symbolise l'acte ou quelque chose à travers cet acte.*

²⁴¹ Daniel Déivois, *Passages à l'acte toxiques et passages à l'acte agressifs à l'adolescence*. Processus de répétition et de symbolisation. Apports de la méthodologie projective. Thèse de doctorat de Psychologie, sous la direction de Pascal Roman, Université Lyon 2, 2003, 333 p.

Quand on symbolise, on répète. Si la répétition est une tentative et un effort de symbolisation, la symbolisation est répétition ».

Comme cela a été vu au précédemment²⁴², la répétition se caractérise par l'idée du même et de la différence. Dans cette perspective, il existe deux formes de répétition : soit une répétition conduisant à une impasse. C'est le processus de « *répétition-répétition* » ; soit un processus de « *répétition-symbolisation* ». Celle-ci se caractérise par l'utilisation du même, du différent et de l'inattendu. En effet, dans cette symbolisation, il y a la prise en compte de la subjectivité du sujet. Subjectivité qui dépend des expériences intra et intersubjectives du sujet. Pour C. Athanassiou-Popesco (1995, 1625), « *la répétition serait une reproduction à l'identique afin de parvenir à une transformation allant dans le sens d'une symbolisation de l'expérience* ». Mais comment le même, le différent et l'inattendu participent-ils à la symbolisation ?

Dans la symbolisation, il y a la symbolisation du même qui subit une transformation sous l'influence des motions pulsionnelles. Dans ce sens, apparaît l'inattendu. Par ailleurs, il existe aussi la symbolisation du différent qui est le résultat de l'inattendu. Dans cette perspective, la symbolisation est la résultante de cet écart même/différent qui permet de donner sens à l'inattendu. La clinique des représentations se caractérise non seulement par la « *répétition-répétition* » mais aussi par la « *répétition-symbolisation* ». C'est une répétition à double vitesse.

Mais la répétition pose aussi la question du lien car il ne s'agit pas d'une répétition au hasard. Le lien ou la liaison est vue comme cette capacité qu'a le sujet de mettre en relation deux ou plusieurs éléments, à savoir un signifié et un signifiant, un représenté et un représentant. Dans ce sens, quelque chose est mis en lien à partir d'un intérieur non reconnu comme tel vers un objet. De ce fait, celui-ci devient le représentant d'un signifié se trouvant au « *dedans* » du sujet. Et cette représentation se fait inconsciemment. Ainsi, le lien peut être une symbolisation. S. Freud (1915) parle de processus de liaison permettant de relier les pulsions à l'objet. Il y a alors une mise en relation entre deux objets, ici l'objet et la pulsion.

Ainsi, les processus de répétition et de lien participent au processus représentationnel, par conséquent au processus de symbolisation. Comment s'opère ce processus ? Qu'est-ce qui se répète, se lie et se symbolise ?

2.1. Ce qui se répète et se symbolise

Peut-il y avoir une relation entre l'activité de représentation et le travail intrapsychique de symbolisation ? Voir une relation entre les deux concepts, c'est noter que la représentation est sous-tendue par des processus psychiques. La représentation est vue comme cette capacité qu'a le sujet de mettre en présence un objet. Ce qui implique aussi une mise en relation de plusieurs éléments, à savoir un signifié et un signifiant, un représenté et un représentant. Dans ce sens, quelque chose est mis en lien à partir d'un intérieur non reconnu comme tel vers un objet. De ce fait, celui-ci devient le représentant d'un signifié se trouvant au « *dedans* » du sujet. Et cette représentation se fait

²⁴² Voir Première partie, chapitre 3.

inconsciemment. Ainsi, le lien peut être une symbolisation.

En s'intéressant au fonctionnement psychique, S. Freud (1920) s'appuie sur deux modèles : l'un basé sur le système perception/conscience et l'autre reposant sur l'« *illusion du Moi dans une immédiateté perceptive* ». En effet, pour l'auteur, dans le premier modèle, il existe une organisation des perceptions. Mais celles-ci ne deviennent pas conscientes automatiquement. Autrement dit, le sujet dénie les perceptions car ne parvenant pas à la conscience automatiquement. Alors que dans le deuxième modèle, S. Freud (1920) met en évidence l'importance des effets de la réalité externe sur le psychisme et des formes de métabolisations de ces effets en représentations conscientes.

Dans ce sens, le lien ou la mise en relation entre plusieurs représentations est le résultat d'un travail organisateur du psychisme, qui sélectionne, structure en schèmes et signifie les données représentationnelles brutes en provenance du monde extérieur. Il y a alors un processus d'organisation progressif du lien et de sa signification au sein du psychisme. Il s'agit de la « *transitionnalité interne* » (R. Roussillon, 1997)²⁴³.

Et c'est de cette façon que fonctionne le processus représentatif ou représentationnel. Dans ce sens, la représentation est le résultat du travail de l'appareil psychique. Travail qui est selon R. Roussillon (1997), processuel. En effet, l'auteur note quatre grandes étapes processuelles du fonctionnement psychique : somatique, psychique, la métabolisation perceptive et la représentation des choses.

La première est somatique, permettant l'enregistrement des stimuli perceptifs à un niveau corporel. La particularité de cette étape est que ce temps reste à la périphérie psychique.

Le deuxième temps est psychique ; il n'est ni représentatif ni signifiant ; il correspond au premier mode d'organisation du « *ça* » et dont la perception en est le résultat. Dans ce temps, il y a d'une part un investissement de la perception par la libido du sujet. Ce qui correspond à la première forme d'organisation du monde par le sujet. Et d'autre part, ce deuxième temps caractérisé par le « *ça* » est le lieu de traces liées à la préhistoire du sujet. Dans le premier temps, le monde est organisé, investi selon les caractéristiques de chaque culture car en fonction de celle-ci, le sujet apprend à sélectionner un certain nombre de « *formants perceptifs* ». Ces perceptions vont être mises en relation avec les schèmes idiosyncrasiques du sujet liées aux premières relations maternelles.

Le troisième temps est celui de la métabolisation perceptive ; il se caractérise par la manière dont le Moi est affecté par une perception organisée et investie libidinalement. De la force d'effraction de la perception dans la subjectivité du sujet va dépendre l'intensité de son éprouvé, par conséquent, des capacités à symboliser du sujet. Lorsque le Moi arrive à donner un sens à la perception, c'est-à-dire à l'intégrer dans l'ensemble des représentations de choses (dépendant de son histoire et de ses capacités de symbolisation primaire), il va l'intégrer dans un scénario primaire de symbolisation.

Dans le quatrième temps, la représentation des choses, activée par la perception et

²⁴³ René Roussillon, *Activité projective et symbolisation. Projection et symbolisation chez l'enfant*. P. Roman (Dir.). La méthode projective en psychopathologie. Lyon, PUL, 1997, pp. 27-35.

le travail psychique d'organisation apparaît au préconscient. Il correspond à la symbolisation secondaire de la perception.

Le processus représentationnel, et partant de la symbolisation, renvoie à la prédominance des liaisons entre représentations (S. et C. Botella, 1995)²⁴⁴. Maintenant, il est nécessaire de voir ce qui se répète, se lie et se symbolise.

2.2. Ce qui se lie et se symbolise

D'une façon générale, la référence aux représentations culturelles peut correspondre à trois significations. D'une part, l'utilisation des croyances s'inscrit dans le sens de l'utilisation d'un système de pensée. D'autre part, l'émergence des angoisses nées de certaines difficultés entraîne l'utilisation des représentations culturelles. Dans ce sens, il y a répétition de l'angoisse issue des difficultés, de l'insatisfaction de la vie, avec toutes ses angoisses. L'absence de réponses adéquates fait émerger l'angoisse à l'origine de la répétition. Répétition et lien se retrouvent dans la vie normale chez tout le monde. Mais qu'en est-il des patients ? Que répètent-ils à travers l'utilisation de ces représentations culturelles ?

A travers la répétition se pose la question du symptôme. Pour J. Pontalis (1967, 86-87), ce qui définit le symptôme, c'est sa capacité à reproduire certains éléments d'un conflit passé. En effet, pour l'auteur, par le symptôme, « *le refoulé cherche à « faire retour » dans le présent, sous forme de rêves, de symptôme, de mise en acte : ...ce qui est demeuré incompris fait retour ; telle une âme en peine, il n'a pas de repos jusqu'à ce que soient trouvés résolution et délivrance* ». Dans ce sens, les références aux croyances à la sorcellerie rencontrées dans le discours des patients sont des symptômes, un retour du refoulé sous-tendant l'existence d'un conflit passé. S. Freud (1920) parle de compulsion de répétition pour rendre compte d'un processus inconscient dans lequel les expériences déplaisantes sont répétées. Ici comme c'est le cas à travers les délires.

La clinique du délire montre que la perte de lien avec la réalité extérieure est la première caractéristique. En effet, S. Freud (1917)²⁴⁵ distingue la psychose et la névrose, et que la première se caractérise par la perte des investissements objectaux et l'impossibilité d'opérer un transfert. Lors du désinvestissement objectal, il y a un investissement de la libido sur le Moi, à l'origine des modifications fondamentales dans les rapports de l'individu avec la réalité. Mais pour l'auteur, le psychotique établit un transfert à partir d'une régression qui l'a fait basculer dans une dimension autre que celle des névroses. Son transfert est, par bien des aspects, d'une essence différente de celui du névrosé.

Chez les patients rencontrés au cours de cette recherche, les délires sont en relation avec la réalité socio-culturelle des sujets. Par exemple, dans leurs discours, on peut noter la référence aux croyances à la sorcellerie pour expliquer l'origine de leur maladie. Il s'agit alors d'un discours de type persécutif. Mais la question est de savoir quel lien ce discours

²⁴⁴ Sara et César Botella, A propos du processuel. *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LIX, n° 5, 1995, pp. 1609-1615.

²⁴⁵ Sigmund Freud (1917), *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot et Rivages, 2001, 568 p.

a-t-il avec la réalité ? S'agit-il simplement d'une répétition d'un discours puisé de la réalité ? N'existe-t-il aucun lien avec la réalité ? Ou encore peut-il s'agir d'une appropriation subjective de la réalité par le sujet ?

Dans sa signification, le délire est selon S. Freud (1917), une tentative visant à restaurer, sur un autre mode, les liens du sujet avec le monde des objets. Car au moment où s'effectue la rupture de ses relations objectales, le malade présente souvent un fantasme de fin du monde, c'est-à-dire qu'il éprouve la sensation d'une catastrophe imminente ou étant déjà survenue. Or ce sentiment d'apocalypse n'est que la projection, à l'échelle planétaire, de sa propre catastrophe interne, qui l'amène à désertir l'univers objectal.

Mais quelle peut être l'origine du délire de persécution ? Pourquoi telle personne et non telle autre ?

S. Freud (1900) parle de l'attachement excessif aux parents qui se transforme en hostilité. En effet, pour l'auteur, le premier attachement de l'enfant s'adresse à ses parents, notamment celui du sexe opposé. Mais vis-à-vis du parent du même sexe s'élaborent des sentiments de révolte que l'éducation va tenter de refouler. Il s'agit alors d'une situation normale. Dans les sociétés africaines et en particulier gabonaise, la notion de parent doit être entendue dans son sens élargi car il peut s'agir des frères et sœurs des parents géniteurs. C'est la parenté « *classificatoire* ».

Dans ce dispositif, selon que le sujet appartienne à lignée matrilinéaire ou patrilinéaire, un membre de cette lignée acquiert un sens important. Par exemple, chez un sujet matrilinéaire, c'est l'oncle maternel, le frère de la mère, qui est très idéalisé par les neveux et les nièces. Il bénéficie d'un transfert positif de la part de ces derniers. Par ailleurs, certaines autres personnes peuvent être très aimées sans pour autant être les parents géniteurs ou sans avoir le statut de chef de famille. Cela peut être la sœur de la mère ou du père à qui les enfants doivent beaucoup de respect et vont s'attacher.

Mais il se trouve que certains sujets, dès leur tendre enfance, se caractérisent par une indifférence ou hostilité face aux leurs. Ce qui aura pour conséquences, plus tard notamment, le développement du délire de persécution. Cela peut-il être le cas chez les patients rencontrés au cours de cette recherche qui développaient des délires de persécution ? A quoi peut être liée cette indifférence face à la personne responsable de la maladie ?

Dans cette situation, au départ, on peut noter qu'il existe un attachement excessif aux parents. Mais suite à des difficultés relationnelles avec chacun d'eux, naissent des conflits. Ceux-ci peuvent être liés aux problèmes de santé, aux échecs sur tous les plans (scolaires, sentimental) que subit le sujet. En ce moment, entre en jeu toutes les interprétations sur l'origine des difficultés du sujet, notamment les étiologies traditionnelles. Une fois la personne découverte, par des consultations des devins, s'il se trouve que c'est celle sur qui il y avait un attachement, cet amour de départ sur la personne se transforme en hostilité violente. Le retrait libidinal de l'objet de transfert est donc indéniable.

Dans cette perspective, pour le cas Angèle, on peut noter que la tante paternelle, l'oncle maternel sont des personnages principaux formant le système de persécution avec

le sujet. Ces personnes ont certainement été pour la patiente celles sur qui il y avait un grand attachement. La tante pour l'avoir élevée dans son enfance a pu bénéficier d'un grand attachement de la part du sujet. Il en va de même de l'oncle qui l'a prise en charge. Mais, il se trouve que la tante et l'oncle sont considérés comme des sorciers dans la famille.

En plus, l'oncle a ceci de particulier qu'il a réussi socialement. Pour cela, il est responsable de tous les malheurs existant dans la famille car sa réussite est souvent considérée comme le résultat des sacrifices de certains membres de la famille. D'ailleurs, c'est dans ce sens que l'oncle a été considéré comme un sorcier, un rosicrucien. Mais le motif objectif émanant de la part de la patiente est le fait que son oncle ne la prend plus en charge financièrement, « *et pourtant il a de l'argent* ». Ce qui va être à l'origine d'un ensemble de frustrations auxquelles le sujet est confronté. Frustrations liées aux difficultés de la vie quotidienne. Dans cette perspective, vont être des personnages désignés comme des persécuteurs idéaux pour la patiente.

Or, pour S. Freud (1911, 73)²⁴⁶ :

« le malade qui détache sa libido des objets se met en contradiction avec le monde. Seul, il est confronté avec un monde hostile. Il semble que les idées de persécution concernent surtout les personnes qui ont antérieurement absorbé la libido transférée du patient. Dans beaucoup de cas, le persécuteur aurait été originellement l'objet sexuel et le délire de persécution aurait une origine érogène ».

En basant sa théorie sur les investissements, S. Freud (1911) note que le malade a retiré aux personnes vivant dans son entourage et au monde extérieur en général tout l'investissement libidinal orienté vers eux jusque-là. Par ailleurs, le sujet se caractérise par une indifférence. Dans cette perspective, les cas auxquels je me suis intéressé montrent bien ce retrait : Angèle s'enferme en coupant toute communication avec son entourage ; elle ne veut plus voir personne ; déambule dans les rues. Quant à Pierre, il s'enferme dans sa chambre pour prier. Leur retrait est justifié par le fait que ces personnes sont devenues des « *sorciers* » à leurs yeux. Ainsi, la persécution dont ils sont victimes est la projection de leurs pulsions agressives internes instituant leur univers subjectif.

Ces sujets reconstruisent leur univers afin qu'ils puissent de nouveau y vivre, et cela, au moyen d'un travail délirant. Pour S. Freud (1911, 69-70), « *ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du désir, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction* ». Mais en reconstruisant son monde, le sujet subit une profonde modification interne, par conséquent touchant aussi le monde extérieur, mais sur un mode tendu. Là où les relations étaient sympathiques et affectueuses, elles deviennent hostiles. Ainsi, ce processus se note comme suit : il y a un détachement de la libido (Désinvestissement ou retrait libidinal) sur la ou les personnes aimées. Puis, il y a retour de la libido (Réinvestissement des objets) sur les mêmes personnes.

Mais quelle est l'influence de la réalité dans la construction de ce délire ?

En examinant les relations entre le sujet et la réalité, S. Freud (1911)²⁴⁷ note deux principes du cours des événements psychiques : le processus primaire et le processus

²⁴⁶ Sigmund Freud (1911), *Le président Schreber*. Paris, PUF, 1995, 84 p.

secondaire. Le début de la vie est dominé par les processus primaires caractéristiques du principe de plaisir. L'absence de persistance de satisfaction fait apparaître un autre principe : la représentation ne se lie plus au plaisir mais tient compte de la réalité. Au Moi-plaisir, s'ajoute un Moi-réalité. S. Freud (1911) parle de transformation de Moi-plaisir en Moi-réalité, et de l'autoérotisme en amour d'objet. Dans la période psychotique, le sujet régressera à l'autoérotisme, se trouvera dominé par le principe de plaisir et les processus primaires. Ce sont ceux-ci qui vont envahir le discours du sujet, notamment le délire. Mais comment apparaît celui-ci ?

S. Freud (1915)²⁴⁸ montre comment la formation du fantasme de désir, sa régression vers l'hallucination sont des éléments essentiels de l'élaboration du rêve. Mais pour l'auteur, le mécanisme de régression ne suffit pas à lui seul pour expliquer le phénomène de l'hallucination, car une régression, même intense, n'aboutit pas nécessairement à une hallucination, avec un sentiment de réalité. Pour cela, S. Freud (1915) différencie la perception et la représentation mnésiques. Autrement dit, la différence entre « *intérieur* » et « *extérieur* » s'efface dans la psychose. Dans l'hallucination, la réalité est supprimée.

« *L'hallucination consiste en un investissement du système Cs/P, investissement qui ne se produit pas, comme il serait normal, de l'extérieur, mais de l'intérieur, et elle a pour condition nécessaire que la régression aille jusqu'à atteindre ce système lui-même et puisse ainsi se placer au-delà de l'épreuve de réalité* »²⁴⁹.

« *Le Moi rompt la relation à la réalité, il retire au système des perceptions et au système Cs l'investissement, ou peut-être, pour mieux dire, un investissement dont la nature particulière pourra faire l'objet d'une recherche supplémentaire. Le Moi se détournant ainsi de la réalité, l'épreuve de réalité est mise à l'écart, les fantasmes de désir- non refoulés et conscients- peuvent pénétrer dans le sujet et sont, de là, reconnus comme meilleure réalité* »²⁵⁰.

A cet effet, convient-il de noter qu'il existe un déni de la réalité. Et on peut noter deux temps dans ce processus. D'une part, le Moi rompt avec la réalité. D'autre part, il y a reconstruction d'une réalité sur la base des désirs du sujet, du Ça et de la réalité extérieure. Ces désirs s'inscrivent dans un monde fantasmatique dans lequel sont puisés les modèles pour la construction de la nouvelle réalité pour remplacer la réalité extérieure. Mais il n'y a pas de remplacement de la réalité en tant que tel, étant donné que, comme le jeu de l'enfant, cette nouvelle réalité s'étaye sur la réalité extérieure qui lui prête un sens secret dit *symbolique*. Il y a alors substitut de la réalité extérieure par une autre sur la base des associations (S. Freud, 1924)²⁵¹.

²⁴⁷ Sigmund Freud (1911), « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. *Résultats, idées et problèmes*. Paris, PUF, 1984, 2^{ème} édition, pp. 135-143.

²⁴⁸ Sigmund Freud (1915), Complément métapsychologique à la théorie du rêve. *Métapsychologie*. Paris, Gallimard, 1968, pp. 123-143.

²⁴⁹ Sigmund Freud, idem, p. 139.

²⁵⁰ Sigmund Freud, idem, p. 141.

Dans la psychose, un fragment de la réalité est reconstruit par une modification de celui-ci. « *La refonte de la réalité dans la psychose porte sur les sédiments psychiques des précédentes relations à cette réalité, c'est-à-dire sur les traces mnésiques, les représentations et les jugements que jusqu'alors on avait obtenus d'elle et par lesquels elle était représentée dans la vie psychique. Mais cette relation n'était pas une relation close, elle était continuellement enrichie et modifiée par de nouvelles perceptions* »²⁵².

Mais ce délire contient une vérité historique en rapport avec soit la réalité déniée du présent, soit une réalité déniée dans l'enfance. En effet, les représentations culturelles, notamment les croyances à la sorcellerie font partie des fantasmes non refoulés et conscients. Ce sont ces fantasmes qui se mêlent et participent à la reconstruction de la réalité, la « *meilleure réalité* », à savoir le délire du sujet.

Ainsi, on peut noter que ce qui se répète, se lie et se symbolise dans la clinique du délire, c'est la façon dont le sujet a été ou non pris par son entourage. Autrement dit, c'est la qualité des relations avec ses objets d'attachement qui est en jeu et que le sujet essaie d'exprimer. Et la répétition serait une tentative de recommencement de ces expériences primitives. Mais à quel niveau s'inscrit l'influence de la culture dans cette répétition ?

R. Roussillon (1995) note trois axes d'inscription du sujet dans la chaîne signifiante. D'abord, il y a l'axe historique, permettant une première inscription symbolisante de l'expérience psychique ; ensuite, il y a l'axe d'une représentation au sein du jeu pulsionnel où l'expérience psychique représente la pulsion qu'elle produit ; et enfin, l'axe historique qui permet de transformer par le sujet la naturalité d'un événement en histoire singulière. Il me semble que les représentations culturelles feraient leur apparition au niveau de l'axe historique. En effet, le sujet se sert des éléments que lui donne la culture, la société, tout en les transformant selon sa propre subjectivité.

En partageant l'imaginaire sur les croyances à la sorcellerie, le sujet pourra puiser et alimenter ses propres fantasmes et désirs personnels. Ce qui soulève la question de l'influence de la culture sur les fantasmes du sujet. En effet, pour N. Nicolaïdis (1991)²⁵³, le facteur culturel joue un rôle dans le ressourcement des fantasmes, dans la « *couleur* » de la texture et dans l'intensité des fantasmes. Pour l'auteur, les parents transmettent à l'enfant un « *un roman culturel* » qui est enrichi par les « *fantasmes historico-mythologiques* ». C'est ainsi que se transmet l'imaginaire culturel à l'enfant. Transmission qui influence, modifie l'intensité et la qualité fantasmatique, tout en contribuant à sa construction organisatrice de l'imaginaire.

Selon R. Kaës (1976)²⁵⁴, de la même façon que le sujet, le groupe a un imaginaire.

²⁵¹ Sigmund Freud (1924), « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose. *Névrose, psychose et perversion*. Paris, PUF, pp. 299-303.

²⁵² Sigmund Freud, idem, p. 301.

²⁵³ Nicos Nicolaïdis, Fantômes originaires et fantasmes historico-mythologiques. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, 5/1991, pp. 1185-1189.

²⁵⁴ René Kaës, *L'appareil psychique groupal*. Paris, Bordas, 1976, 273 p.

Celui-ci regroupe toutes les croyances qui y circulent. Il s'agit de l'imaginaire groupal. Dans mon cadre, je parlerai de l'imaginaire culturel car il s'agit des groupes culturels plus larges comprenant toute la symbolique avec ses symboles, ses significations, ses croyances, ses mythes, contes, rites, etc. De ce fait, cet ensemble de représentations permet d'organiser l'imaginaire d'un ensemble d'individus vivant dans la même culture.

Ainsi, la culture fait irruption au niveau des fantasmes personnels du sujet. Il s'agit pour le sujet d'un effort d'inscription dans un environnement familial et culturel. Et cette inscription est manifeste au niveau des délires rencontrés dans les discours des sujets.

Chapitre 3. Approche psychodynamique des représentations en clinique interculturelle

1. Enjeux psychodynamiques du processus représentationnel

Dans cette partie, on propose une compréhension du processus représentationnel reposant sur la base des croyances. Cette compréhension s'inscrit dans sa grande partie sur un modèle analytique de la symbolisation développé par certains auteurs comme R. Roussillon (1995, 1999, 2000). Celui-ci s'est intéressé à l'analyse du processus de représentation. Sur cette base, on tentera d'analyser ces processus, en tenant compte de l'influence des représentations culturelles qui participent à cette symbolisation. Par ailleurs, les travaux de R. Kaës (1980) sur l'idéologie permettront de comprendre ce processus représentationnel.

L'approche psychodynamique repose l'existence de la dimension inconsciente chez le sujet. Selon J. Laplanche et J-B. Pontalis (1967), la notion d'inconscient peut s'entendre selon deux acceptions : topique et dynamique. D'un point de vue dynamique, les phénomènes psychiques sont le résultat du conflit entre les forces d'origine pulsionnelle. D'une part, l'inconscient représente un système de forces affectives refoulées ne se manifestant cliniquement que par une distorsion symbolique de leur sens. Et d'autre part, l'inconscient est constitué par des forces instinctives (ça) ou répressives (Surmoi). Il s'agit alors du conflit psychique.

Le conflit entre le Moi et la réalité peut déterminer un ensemble de pathologies ou peut se traduire par un ensemble de formations psychiques, parmi lesquelles les délires et les hallucinations rencontrés dans les discours des patients qui ont été vus dans le cadre de cette recherche. Pour cela, la pathologie ou le symptôme a un sens. Dans ce sens, l'homme « *normal* » ou « *malade* » est régi dans son fonctionnement par l'inconscient. Cependant, le risque de cette approche est de tenir compte de l'influence quasi-exclusive de l'inconscient, sans se soucier de la forme structurale d'un comportement. Comment cette notion d'inconscient peut intervenir dans la compréhension de la représentation ou de la symbolisation ?

De par son aspect dynamique, on peut alors comprendre comment l'inconscient

sous-tend et participe aux processus représentationnels ou de symbolisation. En effet, ceux-ci possèdent un ensemble de caractéristiques. De nombreux travaux, notamment ceux de A. Gibeault (1989), R. Pelsser (1989) ou R. Roussillon (1995, 1999, 2000) se sont intéressés à ces caractéristiques. De ce fait, il convient de noter que les processus de symbolisation se caractérisent par des axes, des formes et des niveaux de symbolisation.

Au niveau des axes, il en existe trois principaux ayant des rapports avec cette recherche.

D'abord, la symbolisation se caractérise par la liaison. Dans ce sens, on a pu noter que la maladie mentale est associée aux croyances à la sorcellerie ou au péché. Il s'agit d'un lien entre deux objets, deux représentations. D'un point de vue analytique, c'est la relation entre deux pulsions ou une pulsion et un objet. Dans cette perspective, il s'agit d'une relation entre un éprouvé et une représentation. On parle alors de processus de liaison.

Ensuite, la symbolisation fait appel à un processus de transformation. En effet, dans la symbolisation, se pose la question de la transformation des éprouvés, du vécu du sujet en représentations comme le note W. Bion (1959)²⁵⁵ dans le cadre de la relation entre l'enfant et sa mère. Le sujet utilise les représentations culturelles, les élabore subjectivement et les transforme en représentations psychiques.

Et enfin, la symbolisation fait appel à un sens. Ici, le terme de sens est à entendre dans les deux sens de trajectoire et de signification. Et en tant que signification, par la symbolisation, le sujet accède à la signification qui dépend de sa subjectivité. Autrement dit, une signification donnée à un objet va dépendre de la subjectivité du sujet. Par exemple, l'utilisation par le sujet d'une représentation particulière existant dans la société va dépendre de sa problématique. La sorcellerie, l'envoûtement, la possession par les esprits, etc. sont des représentations qui reposent sur des problématiques précises.

Pour ce qui est des formes, il s'agit de comprendre la façon dont un sujet symbolise. A partir de là, on peut noter plusieurs modes de symbolisation, notamment la parole et l'agir. La parole est le moyen d'expression le plus utilisé. Il s'agit de la verbalisation. S. Freud (1915) parle de représentation de mots ou par les mots. Selon la base des données cliniques, la méthodologie projective, les entretiens ont permis de recueillir un ensemble de représentations. Dans ce sens, on peut noter soit une difficulté de symbolisation par la parole, notamment chez les sujets inhibés ; soit une surenchère, une symbolisation accrue par la parole. Cette expressivité peut s'accompagner d'un autre mode d'expression qui est l'agir. Ce mode d'expression est manifeste selon que le sujet soit inhibé ou pas. Ainsi, ce qui permet de noter deux pôles, deux moments tensionnels : soit l'inhibition, soit la profusion. L'expression et l'agir participent tous deux au processus de symbolisation.

En ce qui concerne les niveaux de symbolisation, R. Roussillon (1995) en distingue deux : la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire.

Dans le premier niveau, il se créerait des représentations. C'est la symbolisation

²⁵⁵ Wilfred Bion (1959), *Attaques contre les liens. Réflexion faite*. Paris, P.U.F., 1983, p. 191.

primaire. Pour l'auteur, la symbolisation primaire suppose un travail psychique de subjectivation de l'expérience brute. Dans celle-ci, se trouveraient enregistrées des traces mnésiques qui sont de nature essentiellement perceptives. Sur cette base, se créeraient les représentations de choses. Il s'agit des « *logiques perceptives* » qui seraient saisies dans une logique infantile, lieu de la symbolisation primaire, « *...le processus par lequel les traces perceptives sont transformées en représentations de choses, c'est-à-dire le premier travail de métabolisation de l'expérience et de la pulsion* »²⁵⁶.

Ainsi, convient-il de noter qu'il existe d'un côté les traces mnésiques et perceptives et de l'autre la représentation des choses qui en résulte. C'est le passage de l'un à l'autre qui constitue le travail de symbolisation primaire. Cette forme de symbolisation se retrouve en particulier dans le travail du rêve et se caractérise par la prédominance du principe plaisir/déplaisir. A ce niveau, on peut noter des délires, des hallucinations exprimés par les sujets qui s'inscrivent dans cette symbolisation primaire. Seulement, il s'agirait d'un défaut de symbolisation primaire qui serait à l'origine de ces états psychotiques. Dans ce sens, « *ce qui caractérise l'hallucination psychotique est précisément qu'elle est constituée d'un retour perceptif d'expériences non représentées mais conservées à l'état « perceptif » premier* »²⁵⁷.

Ainsi, le rêve, l'hallucination psychotique peuvent-ils être considérées comme des « *modalités* » de symbolisation primaire. Dans ce sens, on peut se dire que les croyances à la sorcellerie qui apparaissent dans les délires et hallucinations des sujets sont des retours perceptifs d'expériences non représentées mais qui ont été conservées à l'état perceptif. On peut parler de symbolisation primaire. A quelle forme de symbolisation appartient-elle ?

Dans *Totem et tabou*, S. Freud (1913) soulève la question de l'externalité, à travers l'animisme et les croyances. Pour l'auteur, « *nos perceptions de processus affectifs et intellectuels sont, comme des perceptions sensuelles, projetées au-dehors et utilisées pour la formation du monde extérieur, au lieu de rester localisées dans le monde intérieur* »²⁵⁸. A ce niveau, se pose la question de l'importance de l'inscription des traces mnésiques au niveau psychique. Cette inscription psychique va se matérialiser concrètement et prendre forme par la formation des représentations de choses chez le sujet qui seront projetées dans le monde extérieur. Dans ce cas, il convient de noter le rôle du « *dedans* » et du « *dehors* » dans ce travail de symbolisation. Cependant, qu'en est-il de la représentation d'un objet, d'un phénomène comme c'est le cas de la maladie mentale ? Comment l'expérience venant du dehors est réélaborée par le sujet pour être ensuite utilisée ?

Dans le second niveau de symbolisation, il y a des représentations qui se lient entre elles. C'est la symbolisation secondaire. Elle constitue un autre type de travail psychique. Ce niveau de symbolisation se caractérise par un travail de liaison entre les différentes

²⁵⁶ René Roussillon (1995), Op. cit., p. 1479.

²⁵⁷ René Roussillon (1995), Op. cit., p. 1708.

²⁵⁸ Sigmund Freud (1913), Op. cit., p. 78.

représentations. S. Freud (1915) parle d'une liaison entre la représentation de chose et la représentation de mot. Le langage, à travers le mot, est un aspect signifiant de cette symbolisation secondaire. S. et C. Botella (1995) parle de « *représentationnel* » pour signifier la prédominance des liaisons entre représentations. L'utilisation d'un système de pensée pour comprendre un phénomène peut constituer cette forme de symbolisation.

Ainsi, symbolisation primaire et symbolisation secondaire constituent deux niveaux de symbolisation. Dans ce sens, R. Perron (1992) parle de « *représentation* » et « *symbolisation* ». Pour cet auteur, le terme « *représentation* » décrit le travail de liaisons au premier niveau, alors que celui de « *symbolisation* » prend en compte le travail de liaison qui, à un second niveau, tisse des relations entre représentations.

Au-delà des axes, des formes et des niveaux, on peut noter l'existence d'un moyen permettant cette symbolisation, à savoir l'absence et la culture. En définissant la représentation comme le fait de rendre présent, se pose la question de l'absence chez le sujet. En représentant la maladie mentale par les croyances à la sorcellerie, le sujet présente l'objet absent ou manquant. Dans ce cas, les croyances à la sorcellerie sont investies, appropriées par le sujet pour remplacer l'objet manquant chez le sujet. On peut parler de « *présentification subjectivante* » (R. Roussillon, 1999)²⁵⁹.

Toutefois, cette absence repose sur des éléments culturels, à savoir les croyances à la sorcellerie. Celles-ci donnent une teinte particulière à la symbolisation. Pour cela, on peut noter avec C. Clanet (1993, 15-16)²⁶⁰ que la culture est :

« un ensemble de systèmes de significations propres à un groupe ou à un sous-groupe, ensemble de significations prépondérantes qui apparaissent comme valeurs et donnent naissance à des règles et à des normes que le groupe conserve et s'efforce de transmettre et par lesquelles il se particularise, se différencie des groupes voisins. Mais ensemble de significations que tout individu est amené à assimiler, à recréer pour lui, d'abord dans son enfance, puis, sans doute avec une moindre intensité, tout au long de sa vie. Ce sont les actualisations de ces interrelations entre les individus et les ensembles des significations détenues par la communauté ambiante qui constituent la culture dans son aspect dynamique ; la culture, c'est sans doute ce qui se fait et ce qui existe comme ayant du sens dans une communauté particulière ».

Cette définition montre que la culture est vécue non seulement de façon collective, mais aussi de façon individuelle. C'est dans cette individualité que la culture peut être vécue comme une symbolisation. Ce qui permet de mettre l'accent sur les processus de symbolisation impliqués dans la représentation chez les patients rencontrés. Ainsi, la symbolisation tient compte non seulement de la subjectivité mais aussi de la trame intersubjective (R. Kaës, 1985)²⁶¹. Dans ce sens, l'absence et la culture sont au cœur du

²⁵⁹ René Roussillon, *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, PUF, 1999, 245 p.

²⁶⁰ Claude Clanet, *L'interculturel*. Introduction aux approches interculturelles en Education et en Sciences humaines. Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 1993, 236 p.

²⁶¹ René Kaës, Jean Perrot, Jacques Hochmann et Christien Guérin, *Contes et divans : médiation du conte dans la vie psychique*. Paris, Dunod, 2004, 3^{ème} édition, 233 p.

processus de symbolisation.

Après la mise en évidence de toutes les caractéristiques des processus de symbolisation, on peut émettre la proposition suivante : « *le processus représentationnel est un processus de symbolisation, un processus qui repose sur l'expression des vécus et des éprouvés angoissants, voire originaires. Cette expression se sert des moyens que lui offre la culture.* ».

L'intérêt pour l'approche psychodynamique des représentations culturelles permet aussi de comprendre comment les différentes représentations culturelles utilisées par les sujets sont comme des formes de symbolisation.

2. Représentations comme figures de la symbolisation

L'enquête sur le terrain a permis de montrer que la possession par les esprits, la sorcellerie, les ancêtres, l'envoûtement, la magie, etc. sont des explications causales utilisées par les individus dans la société pour représenter la maladie mentale. Comment ces phénomènes deviennent des expressions de la symbolisation ?

Dans son article intitulé, *Pulsions et destins des pulsions*, S. Freud (1915)²⁶² décrit les différents destins que prennent les pulsions tout au long du développement du sujet et de sa vie. Ces destins reposent sur différents processus : le renversement dans le contraire, le retournement sur la personne propre, le refoulement et la sublimation.

Par destins au pluriel, on veut dire qu'il existe plusieurs expressions. Celles-ci se caractérisent par les différentes croyances utilisées pour représenter la maladie. On peut noter des croyances traditionnelles ou des croyances spirituelles. Dans cette perspective, l'utilisation de toutes ces représentations par le sujet est considérée comme la résultante de l'action de la pulsion. Il s'agit des destins des pulsions. C'est la raison pour laquelle on parle de représentations ou des croyances comme destins de la symbolisation.

Afin de saisir ces différentes symbolisations, on s'appuiera sur les facteurs étiologiques utilisés, à savoir la possession par les esprits, les ancêtres, l'envoûtement et la sorcellerie, facteurs qui ont été le plus rencontrés au cours de cette recherche. Il s'agit de faire une description tant au niveau de leur structure que de leur fonctionnement.

2.1. La possession par les esprits

La conception traditionnelle met en exergue l'existence d'un monde composé des esprits, des génies, etc. En général, ces esprits se rencontrent dans des milieux naturels (eaux, forêts, arbres, etc.). Certains de ces esprits peuvent se trouver dans des maisons car ils sont gardés par des êtres humains. Etant dans ces milieux, ces esprits ne doivent pas être dérangés : seules les personnes initiées peuvent les rapprocher. Cependant, certains individus soit par inadvertance, soit de façon volontaire (suite à leurs pratiques magiques), peuvent contrevenir à ce règlement par la violation des interdits.

Cette perturbation de la quiétude des esprits va être à l'origine d'un désordre, à

²⁶² Sigmund Freud (1915), *Pulsions et destins des pulsions. Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 2002, pp. 11-43.

l'origine de la maladie chez la personne coupable. D'un point de vue psychologique, on peut rapprocher cette perturbation à une transgression de la « *prohibition de l'inceste* » (S. Freud, 1913), à l'origine d'un conflit psychique, de sentiments de culpabilité. Cette problématique de la culpabilité est tout à fait universelle. Ainsi, ce désordre créé va être à l'origine de certaines pathologies se caractérisant par la possession par les esprits ou les génies. Si on se réfère au cas François²⁶³ qui a cassé la « *dame-jeanne de sang* » trouvé dans le bureau de son beau-frère qui lui était interdit d'accès –en considérant que ce soit vrai –on peut se dire qu'il a dérangé les esprits qui dormaient et qui seraient à l'origine de ses difficultés.

I. Sow (1977) parle de conflit relationnel qui serait à l'origine des troubles psychologiques du sujet. Ce conflit relationnel se situe entre le sujet et le monde des esprits représenté par la « *dame-jeanne de sang* ». Il en va de même pour les génies qui lorsqu'ils sont dérangés ou ne sont pas honorés peuvent entraîner des difficultés chez le sujet. Chez certains peuples du Gabon, avant leur adolescence, les filles doivent subir un rite de passage se caractérisant par une initiation. Celui-ci a pour but de calmer ou d'apprivoiser les esprits. Mais il se trouve que certaines filles n'effectuent pas ce rite. Avec le temps, ces esprits prennent l'ampleur et finissent par poser des difficultés manifestes chez le sujet, aboutissant à des comportements hystériques, avec des crises de possession.

Dans ces situations, la prise en charge thérapeutique passe par l'initiation du sujet. L'un des objectifs de cette initiation est de permettre son intégration dans la communauté des femmes. Tel est par exemple le cas de certains esprits ou génies comme le *mbumba* décrit par Mamboundou Mounguengui (1984) qui est un génie qu'on retrouve chez les femmes habitant les régions côtières. Ces génies seraient à l'origine des troubles psychologiques chez ces femmes. Dans cette perspective, le *Mugulu*, en tant que technique thérapeutique traditionnelle basée sur une initiation, permet de prendre en charge ce type de pathologie.

2.2. Les ancêtres

Les ancêtres constituent des intermédiaires entre les vivants et les dieux. De ce fait, ce sont les parents qui sont les représentants de ces ancêtres. Ces derniers ne doivent pas être offensés. Cependant, leur offense se caractérise par le non respect des parents qui les représentent. Certains enfants, en rentrant en conflit directement ou indirectement avec leurs parents, déclenchent la colère, le regret de ceux-ci. Ce qui peut augurer d'un avenir malheureux pour ces enfants.

D'un point de vue clinique, on peut noter différents symptômes. Chez la personne, la malédiction se caractérise par un ensemble de phénomènes, notamment les instabilités conjugales, professionnelles, les échecs scolaires qui vont, à la longue participer à une désorganisation de la personnalité du sujet, comme on a pu le noter avec le cas Marcel²⁶⁴.

²⁶³ Voir annexes.

²⁶⁴ Voir Annexes.

Chez ce sujet, on peut noter l'existence d'un conflit relationnel entre l'individu et sa famille paternelle, en particulier le père. Ici, il ne s'agit pas du père géniteur mais du frère du père. Dans la tradition gabonaise, le frère du père ou la sœur de mère possède le même statut que le père ou la mère. Quand les parents géniteurs sont absents, ils sont remplacés par leurs frères et sœurs qui sont censés les représenter. Il s'agit alors des parents « *classificatoires* ».

Dans cette perspective, tout conflit avec ces derniers a aussi le même impact qu'avec les parents géniteurs. Le conflit entre père et fils s'exprime dans la réalité par une perturbation relationnelle. Etant les représentants des Ancêtres, le conflit avec le père serait indirectement un conflit avec les Ancêtres. L'une des conséquences de ce conflit va être la malédiction du fils par les Ancêtres, via le père. D'un point de vue psychologique, ce conflit renverrait à une problématique oedipienne.

La prise en charge de cette forme de maladie repose sur la bénédiction (P. Nguema-Obam, 1984)²⁶⁵ de la part du parent à l'origine de cette malédiction. En général, cette cérémonie de bénédiction se passe au cours d'une réunion de famille où les parents paternels et maternels sont présents ou représentés.

2.3. L'envoûtement

L'envoûtement est une technique magique. Dans certains milieux (Afrique de l'Ouest), on parle de « *maraboutage* ». Dans cette forme de relation, le sujet est opposé à un persécuteur qui, par ses pratiques magiques, veut l'atteindre mystiquement. On retrouve cette pratique le plus souvent dans le cadre de la jalousie : conjugale, professionnelle, etc. Les sentiments de haine ou de rivalité chez les femmes peuvent aussi être à l'origine de ce genre de comportements. En se référant au cas de Martine²⁶⁶, le sujet évoque la présence d'une femme dans la vie de son mari chez qui, il va dormir, en désertant son foyer conjugal. A travers ce cas, on peut aussi noter la problématique de l'envoûtement.

L'origine de l'envoûtement est la rivalité liée à une jalousie entre le sujet et sa rivale. Deux symptômes permettent de caractériser ce tableau clinique : la dépression et l'amaigrissement comme principal symptôme somatique. Cette déprime sera accentuée par le sentiment d'abandon de la part de l'époux. Ce qui est à l'origine des troubles psychologiques plus graves.

D'un point de vue psychologique, il y a un conflit en jeu. L'origine de ce conflit serait génitale et phallique. Pour M-C. et E. Ortigues (1984)²⁶⁷, il existe plusieurs caractéristiques pouvant permettre de comprendre cette problématique de l'envoûtement. Du point de vue formel, il s'agirait d'une relation à trois. L'interprétation de l'envoûtement suppose le couple génital. La place du persécuteur lui est assignée par celle qu'il détient

²⁶⁵ Paulin Nguema-Obam, *Aspects de la religion fang* : essai d'interprétation de la formule de la bénédiction. Paris, Karthala, 1984, 99 p.

²⁶⁶ Voir Annexes.

²⁶⁷ Marie-Cécile et Edmond Ortigues, *Cedipe africain*. Paris, L'Harmattan, 324 p.

dans le triangle oedipien. En général, une personne est envoûtée par son rival oedipien ou par le rival oedipien d'un de ses deux géniteurs (avec bien entendu tous les déplacements possibles). Et si une relation duelle mal dépassée sous-tend souvent une relation oedipienne naissante, celle-ci est néanmoins clairement posée et posable.

D'un point de vue du contenu fantasmatique, il y aurait le thème de castration phallique. L'envoûté est menacé ou atteint dans sa sexualité, soit directement avec des signes comme : impuissance, stérilité, avortement, échecs divers à s'attacher un partenaire sexuel, atteinte à la santé ou la réussite de ses enfants ; soit symboliquement au niveau de sa santé mentale, de ses capacités intellectuelles, dans sa réussite sociale, de son corps. Le corps peut être atteint de multiples façons (troubles fonctionnels ou de la motricité). Ainsi, c'est la vie de la relation qui est souvent mise en jeu. Si une maladie organique est imputée à l'envoûtement, elle est signifiante pour le sujet de castration phallique, comme c'est le cas de Martine.

Du point de vue de l'image du corps, pour M-C et E. Ortigues (1984), les représentations sont celles de castration d'un corps sexué, par atteinte d'un organe ou d'une fonction qui a valeur génitale. Ici, on peut remarquer la présence du « *ventre* », du « *bas ventre* ». Du point de vue du vécu, l'angoisse est différenciée. Dans les cas où elle reste diffuse, flottante, on ne trouve pas le sentiment de mort imminente, de danger vital immédiat, mais le sentiment de perdre sa force, son courage, ses possibilités créatrices. Son « *élan vital* » est « *mangé* ». Dans cette perspective, le thème d'envoûtement apparaît comme la mise en forme traditionnelle d'un conflit. Et l'utilisation par la collectivité de cette thématique d'envoûtement est l'expression d'un certain type de relation intersubjective, relation de type phallique.

2.4. La sorcellerie

La sorcellerie repose sur une conception du « *mal* » venant de l'extérieur. En se référant au cas Angèle²⁶⁸ par exemple, on peut noter l'importance accordée à cette problématique de la sorcellerie par le sujet. La tante, l'oncle et même les parents géniteurs (avant leur décès) sont des sorciers et seraient à l'origine de ses difficultés. En tant que pratique, la sorcellerie se caractérise par l'acte anthropophagique qui consiste à « *manger la chair humaine* ». D'un point de vue psychologique, se pose alors la problématique du fantasme de la dévoration, renvoyant ainsi aux pulsions orales.

D'un point de vue psychologique, il convient de noter plusieurs aspects. Selon M-C et E. Ortigues (1984), la sorcellerie anthropophagique correspondrait au niveau prégénital oral. Au niveau formel, il s'agirait d'une fantasmatique duelle, avec toute l'ambivalence que cela comporte, avec passage immédiat et circulaire de l'actif au passif. Sur le plan du contenu fantasmatique, il s'agirait d'un thème de dévoration-incorporation. Au niveau du vécu, l'angoisse est massive, indifférenciée, sidérante ; c'est la vie même qui est ressentie être en jeu immédiatement et non telle ou telle de ses possibilités. Dans ce sens, on peut noter que cette relation conflictuelle se situe entre le sujet et sa tante ou son oncle considérés comme des sorciers.

²⁶⁸ Voir Annexes.

Ainsi, on peut noter qu'à travers toutes ces croyances, les sujets soulèvent des problématiques conflictuelles précises. I. Sow (1977) note que les représentations traditionnelles sont des expressions et des développements possibles du conflit. Chaque croyance exprime un type de conflit que le sujet a avec son environnement familial et social. Cependant, l'utilisation de chaque représentation tiendra compte du fonctionnement et de la structure de la personnalité du sujet. Dans cette perspective, les représentations traditionnelles, en tant que formations culturelles, expriment des conflits psychiques du sujet et sont à l'origine des théories étiologiques traditionnelles. Selon I. Sow (1977, 144), sur les plans psychologique et psychopathologique, ces représentations reposent sur :

« un modèle d'explication et une mise en thème du conflit individuel et interindividuel, de valeur thérapeutique, dans la mesure où elle constitue l'un des cadres intellectuels dans lesquels viendra se couler l'angoisse existentielle : angoisse de perte de substance personnelle. De même que seront conçus comme conflits relationnels : l'échec social personnel, certaines maladies organiques ou psychosomatiques qui appellent, comme cadre préconstruit et comme thème, le fétichage ou la maraboutage (pays musulmans) ».

2.5. Du désinvestissement des croyances traditionnelles à l'investissement des croyances modernes

L'intérêt de cette partie est de montrer l'importance du rejet des croyances traditionnelles par une grande partie de la population. Ce rejet se fait au profit des croyances dites modernes, comme le christianisme, l'islam, etc. En effet, sous prétexte de pratiques sorcières et magiques organisées par les thérapeutes traditionnels, certains individus se refusent à fréquenter ces derniers. En plus, parfois, les résultats sont désespérés. Ce rejet est aussi organisé par les responsables des églises chrétiennes qui diabolisent les croyances traditionnelles. De ce fait, il y a des rejets se caractérisant par un désinvestissement de ces croyances traditionnelles.

En prenant le cas du renversement dans le contraire, S. Freud décrit deux processus : le retournement d'une pulsion de l'activité à la passivité et le renversement du contenu. D'une part, il s'agit du renversement du but actif en but passif. Par exemple, en prenant le cas du couple voyeurisme-exhibitionnisme, il y a le but actif : regarder qui est remplacé par le but passif : être regardé. D'autre part, le renversement du contenu se fait notamment par la transformation de l'amour en haine.

On peut dire que c'est ce qui se passe chez le sujet dans le cas des représentations, notamment dans l'utilisation des croyances à la sorcellerie. En effet, chez certains sujets, il existe ces processus. Du point de vue clinique, on peut noter chez le malade le passage de l'activité à la passivité. Le malade est sans moyens, augmentant de plus en plus son angoisse. Celui qui attaquait devient celui qui est « *attaqué* » ou « *mangé* » par les sorciers. A tel point que ces derniers sont craints et fuient. Par ailleurs, il existe une transformation de l'amour en haine. On ne veut même plus en entendre parler. Tous les souhaits sont en rapport avec la haine de la personne responsable de la maladie du sujet. Ces processus peuvent être actifs en peu de temps. Généralement, ce sont des chefs de famille qui ont élevé tous les membres de la famille et qui sont reconnus par leur bonté

qui, du jour au lendemain, deviennent bannis suite aux soupçons de sorcellerie qui pèsent sur eux.

Selon le chemin suivi par chaque individu, ces processus peuvent se limiter à ce niveau ou voir s'ajouter d'autres. En effet, si le sujet « choisit » de rester dans sa culture traditionnelle, avec référence aux *nganga*, la situation ne changera pas. Dans ce sens, certains individus restent éternellement sous le coup des croyances traditionnelles. Pour cela, au moindre mal, ils courent vite consulter les *nganga*. C'est chez eux aussi que les accusations de sorcellerie sont les plus nombreuses. Chez ces personnes, on peut distinguer des ports des objets, en guise de « protection » contre les sorciers. Tout cela est le signe de la présence du mécanisme de projection qui joue un rôle très important à ce niveau.

Par contre, si la personne décide d'aller à l'église à la recherche des soins, on peut noter d'autres processus en jeu, à savoir le retournement sur la personne et la sublimation. En effet, pour certains, le fait de fréquenter les églises entraîne le processus de retournement sur la personne. En prenant le couple sadisme-masochisme, on note un passage du sadisme au masochisme. S. Freud (1915, 25) note que ce dernier est « précisément un sadisme retourné sur le moi propre ». Dans ce sens, il y a un changement de l'objet pour le sujet. Avant, l'objet était l'autre et maintenant, il est le sujet lui-même. A tel point que le sujet, en tant qu'objet, sera lui-même persécuté car il a été l'objet du péché. Cette persécution du sujet par lui-même et par l'environnement forme la situation masochiste dans laquelle se trouve le sujet. Ainsi, on peut se servir de la représentation du processus faite par S. Freud (1915, 26) : « le sadisme consiste en une activité de violence, une manifestation de puissance à l'encontre d'une autre personne prise comme objet ».

Dans ce sens, il s'agit par exemple de la violence exercée à l'endroit du sorcier, une fois mis à découvert. « Cet objet est abandonné et remplacé par la personne propre. En même temps que le retournement sur la personne propre, s'accomplit une transformation du but pulsionnel actif en but passif ». Toute velléité à l'encontre du sorcier est abandonnée ; il est même fuit car l'accent est mis sur la vie du sujet, par rapport à ses erreurs de vie, ses péchés. Pour cela, la confession, la délivrance, la prière ou le pardon accordé, toutes ces techniques qui ont un fondement individuel sont mises en relief. « De nouveau est cherchée comme objet une personne étrangère, qui, en raison de la transformation de but intervenue, doit assumer le rôle du sujet ».

A cet effet, le sujet va-t-il mettre l'accent sur sa personne, sur ses péchés. En reconnaissant ses péchés, le sujet s'inflige un tourment. Il s'agit du masochisme. Dans ce cas, on parlera plus d'autopunition que de masochisme. Cette autopunition est accentuée par les prêches qui se déroulent au cours des prières, des confessions, laissant ainsi le sujet dans le désarroi car torturé par ses péchés. Ainsi, éprouver de la douleur devient un but de la personne masochiste. Dans ce cas, ces personnes utilisant ces représentations peuvent-elles être considérées comme des masochistes ? A quoi peut renvoyer alors la notion de pardon proférée par ces personnes ? Est-elle le résultat de la transformation pulsionnelle au sein du sadisme ?

En introduisant le pardon, le sujet opère une transformation pulsionnelle au sein du sadisme. Cette formation réactionnelle est très répandue chez les personnes chrétiennes.

Elles éliminent tout ce qui est en rapporta avec le sadisme, du moins en pensée. Sauvées par la toute puissance divine, ces personnes estiment qu'il faut pardonner. Et par conséquent, les croyances à la sorcellerie ne sont pas plus puissantes et il faut les ignorer et sont combattues avec force. On parlerait plus de refoulement de ces croyances sorcières. Certaines personnes arrivent même à dire que lorsqu'on est chrétien, on ne parle plus de sorcellerie. Ce qui montre la force du refoulement exercée chez ces gens. Dans ce cas, tout le discours sera coloré des représentations chrétiennes.

Par ailleurs, dans la prise en charge, il ne s'agit pas d'une absence de réponse en tant que telle car des propositions de solutions existent mais sans fiabilité. Par exemple, un patient qui va consulter un médecin va être confronté à un problème d'efficacité des thérapies proposées. Face à cette difficulté, il s'en suit une angoisse chez le patient. Ce qui va être à l'origine d'un désinvestissement des représentations médicales ou d'autres formes de thérapies ayant échoué pour d'autres représentations plus supportables. Par conséquent, il y a la formation d'une nouvelle liaison entre l'affect et une représentation, à l'origine de la représentation ou de la symbolisation. Le sujet délaisse certaines thérapies qui n'ont pas afin d'adopter d'autres qu'il va investir psychiquement, familialement, matériellement. Ainsi, à partir de ces mécanismes décrits par S. Freud (1915), on a pu noter que les représentations (traditionnelles ou chrétiennes) utilisées par les individus sont des destins de symbolisation de la pulsion.

Chez les sujets, on peut noter deux types de réponses en rapport avec les croyances, à savoir les réponses en relation avec les religions chrétiennes et celles en rapport avec les religions traditionnelles.

Chez les cas Angèle et François, il y a la présence de réponses symboliques ayant une relation avec les croyances du sujet : religion chrétienne et croyances à la sorcellerie. Sur le plan religieux, il y a des réponses comme : « *ange* », « *prière* », « *diable* », « *démon* », « *amour* », « *pardon* », « *croix* », etc. Au niveau des croyances traditionnelles, il y a des réponses comme : « *chauve-souris* », « *masque* », « *plume* », « *génie* », etc.

Chez Pierre, il y a absence de réponses en relation avec les croyances. Ces réponses sont abstraites, de type intellectualiste. Par l'abstraction, le sujet a des difficultés à s'attacher au concret. Ici, le concret peut signifier la prise en compte de la réalité, des croyances, etc. Il s'agit alors des mécanismes de coupure qui jalonnent le protocole du sujet.

Chez Martine, il y a absence de réponses en relation avec les croyances. Les réponses du sujet sont des réponses humaines et fragmentées, avec un développement d'images anatomiques stéréotypées. Ces images portent sur le corps même et non sur son intérieur, selon un registre schizoïde, tendant vers le morcellement. Dans ces réponses, la représentation de l'Autre n'existe pas. Le sujet est concentré sur la réalité des sensations internes. De ce fait, il y a alors une fusion entre les tensions psychiques et les tensions du corps du sujet. L'évocation des tensions du corps se caractérisant par les images anatomiques est à l'origine des problèmes psychosomatiques du sujet.

Chez François, on note une absence de formes en rapport avec les croyances. Le sujet fait référence à l'abstraction. Il s'agit du monde de l'irréel. Chez Gaston, il y a absence de réponses en relation avec les croyances. Ce sont des réponses abstraites.

Chez Patrick, on note l'existence de quelques formes en référence avec les croyances. Martine et Patrick ont une caractéristique commune qui est celle de ne pas appartenir à un monde délirant. Mais quelle différence existe-t-il entre le monde délirant et ce qui n'est pas délirant ?

Chez Patrick, adolescent de 16 ans, on peut dire qu'il est confronté aux aléas du sentiment de la réalité. Selon Z. Helman (1980, 47)²⁶⁹, « *les images du Rorschach d'adolescent brisent et transposent le réel, le caractère essentiel de cette vision tenant dans l'exacerbation des mécanismes psychiques fondamentaux* ». Ceci s'explique par le fait que dans les protocoles des adolescents, il y a extension de l'espace psychique permettant ainsi au sujet de s'exprimer, de « jouer » avec les images lui permettant de mieux réaliser des nouvelles expériences de vie. Dans cette expression, il y a utilisation de l'imaginaire, de l'irréel, lui permettant ainsi de refuser de mettre les limites, d'élargir les limites de la réalité : celles du temps et de l'espace vécus et celles de la pensée.

Dans la déstabilisation de la réalité des états psychotiques, le virtuel subit de violentes distorsions car le sujet lutte contre les mouvements dissociatifs. Cette dissociation diffère de celle observée chez l'adolescent « normal » où il n'existe aucune distorsion du virtuel, mais simplement une présence de mécanismes de coupure, comme c'est le cas chez Patrick.

Patrick est un jeune homme de 16 ans, rencontré 6 mois après son incarcération à la prison. Il a été incarcéré pour homicide, pour « coups mortels ». Le cas Patrick met en relation la question de la réalité et de ses croyances. Le sujet se caractérise par une dissociation de la réalité. En effet, l'analyse présente un symptôme de dépersonnalisation momentanée avec la présence des idées d'envoûtement et de persécution. Ces sentiments laissent inaugurer une tendance schizophrénique. En effet, le sujet ne se sent pas responsable de la mort de la victime. Il considère avoir pris la place de son frère cadet et de sa grand-mère qui sont qui sont les auteurs principaux de ce meurtre. Mais lorsqu'il l'accepte, il croit avoir été sous l'effet d'un envoûtement.

²⁶⁹ Zéna Helman, Structure et évolution dans le courant de la psychopathologie structurale. *Psychopathologie structurale 3*. Toulouse, Erès, 1980, pp. 9-53.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cette recherche qui n'a pas la prétention d'être exhaustive, mais qui est plutôt le début d'une étape qui se poursuivra, on va tenter de résumer les principales caractéristiques.

Malgré l'existence de la modernité, notamment de la démarche scientifique, on peut noter une utilisation répétée des représentations culturelles pour représenter la maladie mentale. Cette répétition des représentations soulève la question des processus de symbolisation qui sous-tendent ces représentations. De ce fait, se pose alors la question des relations entre le contexte culturel et les processus de symbolisation. Ces relations impliquent d'une part, la prise en compte des représentations sociales de la maladie mentale. Et d'autre part, les différentes représentations possède sur sa maladie. Il s'agit alors de comprendre comment le sujet symbolise sa maladie.

Ces deux approches ont été toujours été utilisées chacune de son côté. Afin de comprendre l'objet de recherche, il a semblé intéressant de lier les deux approches, dans une certaine complémentarité. Dans ce sens, apparaît la troisième approche qui consiste à mettre en relation les représentations issues de la subjectivité du sujet en relation avec les croyances existant dans la société. Ce qui permet alors de voir comment se fait le passage des représentations sociales et culturelles en représentations psychiques. Ainsi, à travers cette problématique se pose la question de l'importance du « *sujet social* » dans cette recherche.

En se situant dans une démarche de « *clinique sociale* », il s'agit de prendre en compte le sujet dans sa relation, notamment des représentations culturelles. En

s'intéressant à ces représentations, objet de l'anthropologie, il s'agit de comprendre l'impact psychologique de ces représentations. Ainsi, qu'est-ce qui caractérise ces représentations ? Sur quoi repose l'utilisation de ces représentations ? Quels sont les processus psychiques qui sous-tendent l'utilisation de ces représentations ? Comment s'expriment ces représentations chez le sujet ?

L'utilisation des représentations culturelles implique un ensemble de processus dits de symbolisation. Ce qui implique une approche méthodologique particulière dite « *clinique sociale* ». Cette approche implique d'une part, l'utilisation d'une approche psychosociale des représentations. Ce qui a permis de saisir les différentes de ces représentations, leur répartition dans la société, etc. Et d'autre part, on a utilisé une approche clinique et psychopathologique afin de comprendre le fonctionnement de chaque sujet utilisant les croyances. Pour cela, on a utilisé d'un côté, le questionnaire et de l'autre, les entretiens et la méthodologie projective (Rorschach et TAT).

Afin de réaliser cette recherche, quatre idées principales ont été émises, à savoir : 1/ l'utilisation des représentations culturelles repose sur un « *système de pensée* » qui permet d'orienter les comportements, et par conséquent, le recours aux thérapies traditionnelles. 2/ L'utilisation répétée des croyances à la sorcellerie permet de symboliser les angoisses et les difficultés auxquelles le sujet est confronté. 3/ Il existe une relation entre les représentations de la maladie mentale et celles existant dans la société. 4/ Le Rorschach en particulier peut être le lieu d'expression et permet de saisir les différentes formes de symbolisation.

De ces idées principales, il ressort quelques résultats qui constituent l'essentiel de cette recherche. Premièrement, on a pu noter que les représentations culturelles jouent un rôle très important dans la société. Ces représentations se caractérisent par trois grands ensembles de croyances : médicales, religieuses et traditionnelles. Chacune de ces représentations prend appui sur des croyances spécifiques.

Les représentations médicales reposent sur des croyances institutionnelles et scientifiques dont la démarche scientifique est une des caractéristiques, avec l'administration de la preuve. Dans ce sens, la clinique psychiatrique et la psychopathologie sont utilisées pour pouvoir interpréter le phénomène morbide. Les représentations religieuses reposent sur des croyances religieuses modernes, principalement sur les religions chrétiennes (protestantes et évangéliques, catholiques). L'utilisation des prières, des pratiques exorcistes se situe dans le but de pouvoir absoudre le péché et recouvrer la guérison. Quant aux représentations traditionnelles, elles reposent sur des croyances à la sorcellerie, aux esprits, génies, ancêtres, sur des pratiques magiques, envoûtement, etc. La référence aux *nganga* se situe par rapport à l'existence de ces croyances. Chacune de ces représentations est utilisée dans la société. Un individu va représenter la maladie mentale et utiliser les thérapies en fonction de ses croyances d'origine ou de celles de ses parents. Cependant, il convient de noter que ce sont les représentations traditionnelles qui sont le plus usitées pour comprendre la maladie mentale.

L'utilisation fréquente des croyances traditionnelles sont liée à la durée du phénomène morbide, à l'inefficacité des thérapies institutionnelles. En cas d'absence de résultat dans la prise en charge du patient à l'hôpital ou dans une église, il sera amené à

consulter un *nganga*. Cette situation se fait aussi dans le sens inverse, c'est-à-dire qu'après une charge non efficace chez les *nganga*, le patient sera conduit à l'hôpital ou chez un pasteur. Ce qui entraîne alors une multiplication des itinéraires thérapeutiques. Parfois, devant le désir de guérison de certains patients, on peut noter une multiplications des thérapies : un patient peut être suivi à la fois par un médecin, un pasteur et un *nganga*. Si cette combinaison des thérapies –qui ne sont pas du même ordre –peut permettre une certaine évolution chez le patient, en revanche, elle brouille et pose le problème de la prise en charge car elle ne permet pas d'évaluer la thérapie responsable de la prise en charge.

La répétition des représentations culturelles pour représenter la maladie mentale repose sur des « *systèmes de pensée* » existant dans la société. Dans le cas des croyances à la sorcellerie, il convient de noter que dans la pensée traditionnelle, le monde est divisé en deux comprenant d'un côté, le monde objectif et visible (monde diurne), et de l'autre, le monde invisible composé des sorciers qui jettent les sorts. Et la maladie mentale serait le résultat des actions maléfiques de ces sorciers. De ce fait, la sorcellerie permet de diriger les comportements et les conduites des sujets. Face à la maladie mentale, le sujet a tendance à utiliser ce système de pensée pour comprendre et expliquer le phénomène auquel il est confronté, et par conséquent, à utiliser les thérapies traditionnelles.

Ainsi, cette référence aux croyances se fait chez tous les individus dans la société, quels que soient le sexe, l'âge, la zone d'habitation, la religion. Cette référence est encore plus nette chez le sujet pris individuellement ou est confronté à une souffrance psychique.

Si la représentation de la maladie mentale repose sur l'utilisation des « *systèmes de pensée* », il convient de noter qu'au niveau individuel, l'utilisation des croyances à la sorcellerie par exemple, permet de symboliser les angoisses et les difficultés auxquelles les individus sont confrontés. En s'intéressant à des sujets présentant des souffrances psychiques internés en psychiatrie pour la plupart, on a pu noter de graves troubles de la personnalité chez les patients. D'un point de vue clinique, chez Angèle, Pierre, François et Thomas, on a observé la présence des délires, des hallucinations. Alors que chez Martine, il s'agissait des troubles psychosomatiques accompagnés d'idées de persécution.

L'approche psychopathologique a permis de noter que les sujets (Angèle, Pierre, François et Thomas) présentaient des personnalités désorganisées dont les symptômes délirants, hallucinatoires étaient l'expression. L'origine des traumatismes se situeraient dans leur petite enfance. Sur la base du Rorschach, on a pu comprendre que ce sont les difficultés relationnelles maternelles précoces, entre les sujets et leur premier objet d'amour (mère). Par exemple, ces difficultés relationnelles sont manifestes aux planches I et IX, planches des imagos maternelles. Ces difficultés sont aussi manifestes au TAT par la présence de la problématique de la perte d'objet d'amour. De ce fait, on peut dire que ces situations ont pu entraîner la fragilité psychologique des sujets. En ce qui concerne Martine qui n'appartient pas à la même structure psychopathologique que les autres, son état dépressif serait lié à l'émergence d'une problématique oedipienne. Celle-ci repose sur une angoisse de castration dont la somatisation au niveau de l'organe féminin (« *ventre* ») n'est que l'expression.

Les difficultés d'étayage, d'identification à l'origine des problèmes identitaires auraient entraîné des angoisses de perte d'objet, de morcellement qui, renforcées par l'existence des difficultés existentielles des sujets (chômage, déception sentimentale, deuils, conflits relationnels), auraient participé à la décompensation psychopathologique des sujets.

Chez les cinq cas cliniques étudiés, leur point commun est d'avoir utilisé dans leur discours des croyances religieuses et traditionnelles (croyances à la sorcellerie) pour expliquer l'origine de leur maladie mentale. C'est le cas d'Angèle qui fait allusion à sa tante, « *sorcière* », qui l'aurait rendue malade ou de son oncle, « *rosicrucien* »²⁷⁰, qui l'a sacrifiée pour son ascension sociale (puisqu'il est député) ou encore plus tard, elle parlera du péché qu'elle aurait commis et pour lequel elle aurait été punie, en devenant malade mentale. Il en va de même pour Martine qui attribuait l'origine de sa souffrance (amaigrissement, douleurs ventraux) à son oncle qui a été accusé de sorcellerie dans la famille. L'utilisation de ces croyances obéit à des « *systèmes de pensée* » existant dans la société. D'un côté, il y a une pensée religieuse qui explique la maladie comme étant la conséquence d'un péché commis par l'être humain. Dans ce sens, la maladie est vécue comme une « *punition divine* ». de l'autre, il y a une pensée dite « *traditionnelle* », reposant principalement sur l'utilisation des croyances à la sorcellerie, comme étant le facteur étiologique de la maladie mentale.

En présentant la maladie mentale comme étant la conséquence du péché, la pensée religieuse trouve son origine dans la pensée judéo-chrétienne qui met en avant la notion du Bien et celle du mal. Alors que les croyances à la sorcellerie reposent sur un « *système persécutif* ». Sur le plan épistémologique, cela entraîne chez le sujet d'une part, la présence des sentiments de culpabilité, en situant l'origine de la maladie mentale à l'intérieur du sujet ; et d'autre part, par les sentiments de persécution, le sujet situe l'origine du mal à l'extérieur. Ce qui constitue deux types de fonctionnement auquel se réfère les sujets dans la société. Si c'est le fonctionnement du type persécutif qui caractérise la majorité des individus vivant dans la société, avec l'utilisation quasi-systématique des croyances à la sorcellerie, il convient de noter un début de renversement du type de fonctionnement. Pour cela, on note le passage du fonctionnement persécutif au fonctionnement reposant sur la culpabilité des sujets. Cette situation pourrait être liée à la prolifération des croyances chrétiennes dans la société et au développement des théories scientifiques pour comprendre les phénomènes.

Ainsi, le sujet souffrant en désespoir, en manque d'objet représentant, va utiliser les croyances pour pouvoir symboliser ses conflits ou ses angoisses. Autrement dit, n'ayant aucun objet lui permettant de représenter, le sujet va utiliser l'objet extérieur que lui donne la société pour pouvoir représenter sa souffrance. A travers cette représentation de la maladie, se pose non seulement la question de la répétition liée à l'utilisation fréquente des représentations culturelles, mais aussi celle du lien entre ces représentations et les fantasmes du sujet. Dans ce sens, les processus de répétition et de lien sous-tendant la représentation de la maladie mentale repose sur des angoisses archaïques. Par exemple, l'utilisation des croyances à la sorcellerie, mettant en relief la problématique archaïque de la dévoration ou de l'oralité, exprimerait chez le sujet la résurgence de ces angoisses

²⁷⁰ Appartenant au mouvement de la Rose Croix.

orales. Il en va de même de l'utilisation de la religion qui signifierait un défaut de présence maternelle qui serait passé dans la petite enfance. En ce sens, la recherche ou la conversion qui caractérise la démarche des sujets pourrait exprimer la recherche de cette image sécurisante.

Et c'est dans cette perspective de répétition et de lien que se situe la problématique de la symbolisation. En même temps, à travers le passage des représentations culturelles aux représentations psychiques se note cette symbolisation. Dans ce sens, les représentations culturelles sont utilisées, réélaborées et transformées en représentations psychiques. Ainsi, le sujet utilise les représentations culturelles pour symboliser ses conflits, sa souffrance qui reposerait sur des angoisses archaïques du sujet.

Et enfin, si l'utilisation des croyances permet de représenter la maladie, elle implique aussi un fonctionnement psychique particulier qu'on a pu comprendre à partir de la méthodologie projective (Rorschach et TAT). En effet, l'utilisation de cette méthodologie a permis de comprendre non seulement la fonctionnement psychopathologique du sujet, mais aussi la façon dont le sujet symbolise ces croyances, savoir les différents types de réponses. Il s'agit de ce qu'on a appelé le fonctionnement de type « *crédique* ». De l'ensemble des cas cliniques rencontrés sur le terrain, on a pu observer six différentes réponses : « *masque* », « *chauve-souris* », « *voir* », « *conversion* », « *Bien/mal* », « *prire* ». Ces réponses constituent des « *noyaux crédiques* » qui caractérisent le fonctionnement psychique, en particulier les différentes formes de symbolisation. Ces réponses sont en relation avec les croyances existant dans la société (chrétiennes ou traditionnelles) qui sont utilisées par les sujets.

A la différence de l'homme « *normal* » faisant référence aux croyances comme « *système de pensée* », chez le patient, la référence à ces croyances est amplifiée à cause de son état pathologique. Ici, ce n'est pas l'utilisation des systèmes de pensée qui est mis en cause, mais surtout le fait que ce système de pensée est utilisé pour symboliser les angoisses auxquelles il est confronté. Dans cette perspective, la référence devient quasi-systématique. Ce qui lui permet de fonctionner sur une base *crédique*.

Cette recherche a permis d'atteindre trois objectifs principaux qui se situent à trois niveaux : théorique, méthodologique et thérapeutique. Au niveau théorique, à partir de ses travaux, R. Roussillon (1995) définit deux types de symbolisation : symbolisation primaire et symbolisation secondaire. En se servant de ces travaux, cette recherche a tenté de mettre en évidence les formes de symbolisation en relation avec la culture dans laquelle vit le sujet. En tenant compte des processus primaires et secondaires, on peut dire que les différentes réponses obtenues appartiendraient à l'une ou l'autre forme, selon la problématique du sujet. En prenant les cas d'Angèle et de Martine, l'une avec la présence de délires, des hallucinations et l'autre sans ces symptômes mais avec quelques idées persécutives, on peut dire que chez la première, il s'agirait d'une symbolisation primaire, alors que chez la deuxième, ce serait une symbolisation secondaire. Ainsi, on peut dire qu'à partir de la méthodologie projective, on a pu saisir les formes de symbolisation chez les sujets, quelle que soit la culture. En ce sens, c'est celle-ci qui influence la façon dont le sujet va symboliser et les formes de réponses.

Au niveau méthodologique, la prise en compte des processus sous-tendant les

représentations de la maladie mentale a soulevé la question de l'interdisciplinarité de cette recherche. Ce qui a conduit à prendre en compte d'un côté, l'approche psychosociale des représentations de la maladie mentale, en utilisant la technique du questionnaire pour recueillir les données. Et de l'autre, l'approche clinique et psychopathologique qui a été utilisée pour comprendre le fonctionnement psychique des patients qui font référence aux croyances pour symboliser. Dans ce sens, les entretiens, la méthodologie projective (Rorschach et TAT) ont permis la compréhension de ce fonctionnement psychique.

La prise en compte de la complémentarité des méthodes (psychosociale et clinique, psychopathologique) a permis de montrer que les réponses recueillies à travers le questionnaire étaient présentes non seulement dans les entretiens des patients mais aussi, et surtout, à travers le Rorschach et le TAT. Par exemple, à partir questionnaire, on a pu noter que la représentation de la maladie mentale reposent sur d'un côté les croyances à la sorcellerie et de l'autre les croyances chrétiennes (en relation avec la notion de péché). A travers le Rorschach et le TAT, on a eu les réponses telles que « *masque* », « *chauve-souris* » ou encore « *prière* », « *Bien/mal* ».

L'analyse du discours des patients en fonction de leur contexte culturel a permis de voir que la réponse « *masque* », « *chauve-souris* » ont une relation avec le phénomène de la sorcellerie. Le masque, en tant qu'objet d'ornement, permet aussi au sorcier de se cacher derrière, afin de ne pas être à découvert lorsqu'il jette les sorts. Et la chauve-souris, en tant qu'animal de nuit, est « *vampireux* » comme le sorcier qui attend la nuit pour agir. Alors que les réponses « *Bien/mal* » ou « *prière* » sont plus rattachées aux croyances chrétiennes. Dans la notion de péché qui permet de représenter la maladie mentale, comme il en ressort du questionnaire, on y rencontre celle de mal. Or, pour ne pas être malade, il faut être dans le Bien, et par conséquent, « *être dans la prière* ». Ainsi, on peut voir que sur la base de ces différentes techniques méthodologiques, il y a des relations de complémentarité entre elles.

Et enfin, en ce qui concerne le niveau pratique et thérapeutique, l'intérêt pour les représentations de la maladie mentale soulève aussi la question de la prise en charge des patients qui utilisent les différentes représentations. Or, il convient de noter que l'utilisation des croyances soit chrétiennes, soit traditionnelles par les sujets les oriente vers les thérapeutes spirituels (prêtres, pasteurs) et/ou vers les *nganga*. Ainsi, il serait intéressant de tenter de concilier les prises en charge psychologiques, connues par le clinicien, et celles d'ordre spirituel ou traditionnel. Car si l'universalité du psychisme humain confère à la psychothérapie individuelle une place, il convient aussi de saisir le patient dans ses activités symbolisantes qui peuvent constituer le point de départ de sa prise en charge. Dans ce cas, l'objectif est de tenter de lier les prises en charge thérapeutiques basées sur les croyances et les prises en charge psychologiques, dans une sorte d'éclectisme.

Dans son approche diagnostique, le Rorschach permet d'évaluer le fonctionnement psychique du sujet. En prenant le cas de Thomas, l'analyse de son Rorschach a permis de noter que le sujet arrive à maîtriser ses pulsions agressives tout au long du protocole. Avec une prise en charge thérapeutique adaptée, cette agressivité disparaîtrait. Seulement, l'analyse du Rorschach a aussi permis de noter que les risques d'instabilité, donc de récurrence des comportements agressifs sont importants. A ce niveau, la religion a

pu jouer un rôle dans la maîtrise de ses pulsions agressives.

Le respect de la « *parole de Dieu* », celui de certains principes comme l'Amour²⁷¹ font partie de la vie du chrétien. En devenant chrétien et en faisant de ces principes les siens, cela a permis à Thomas de pouvoir maîtriser ses pulsions agressives, comme on a pu le noter à l'enquête de la planche IX du Rorschach : « ...*Ici, j'ai comme l'idée que ce sont les hommes de Dieu qui prient autour du mât, de là où on l'a crucifié, parce qu'il y a des hommes de part et d'autre* ». Et dans les choix positifs de la planche IX, Thomas ajoute ceci : « *Je vois l'amour, nous hommes d'église, si tu n'as pas l'amour, c'est zéro. Il faut prier* ». Ainsi, la prise en charge psychothérapeutique peut-elle être conciliable avec la prise en charge d'ordre spirituel ?

Toutefois, lorsque le patient accumule différentes prises en charge dans le souci de recherche de la guérison, il commence à se poser un problème. A ce niveau, est mis en avant le problème de l'évaluation des effets thérapeutiques de chaque prise en charge sur le sujet. Dans ce sens, on peut penser à une forme de collaboration entre les différents spécialistes s'occupant de la maladie mentale. Des observations ont permis de noter que par exemple, certains *nganga* recevant des malades, lorsqu'ils sont confrontés à l'agressivité du sujet qui est dans un état maniaque, vont solliciter de l'aide au médecin psychiatre pour arriver à bout de cette agressivité. Une fois celle-ci disparue, ce n'est qu'après qu'il peut commencer sa prise en charge. En général, cette collaboration existe seulement dans un sens, c'est-à-dire du psychiatre vers le *nganga* ou du pasteur. De plus en plus, certains psychologues sur le terrain essaient d'entretenir cette collaboration. Après avoir mené la psychothérapie avec une patiente, devenue stable, J. Bissiémou (2002)²⁷² note l'importance pour cette patiente d'aller consulter un *nganga* comme elle le souhaitait.

Dans ce sens, en s'intéressant aux relations entre la psychopathologie et la société, et aux problèmes méthodologiques et épistémologiques qui en découlent, S. Ionescu (1997)²⁷³ note l'importance de l'utilisation de la psychologie sociale pour la compréhension du développement des troubles mentaux dans la société, de même que leur évaluation et leur traitement. Pour cela, citant les propos de Weary, Mirels et Jordan, l'auteur plaide pour une intégration de la psychologie clinique et la psychologie sociale.

Cependant, comme toute recherche, on peut noter certains manquements qu'on pourra approfondir dans le cadre des recherches futures. On a l'importance de la question du narcissisme qui sous-tend le fonctionnement psychique des sujets utilisant les croyances. Cette dimension est aussi importante si on veut comprendre la problématique de la croyance.

²⁷¹ Selon un adage chrétien, Dieu a dit : « Aimez-vous les uns les autres comme Dieu vous a aimés ».

²⁷² Joseph Bissiémou-bi-Kondou est psychologue clinicien à l'hôpital psychiatrique de Mélen. Il avait rencontré une patiente qu'il avait suivie en psychothérapie pendant un moment. Après s'être stabilisée, le sujet butait devant certaines représentations culturelles. Devant cette situation, il lui avait semblé nécessaire d'arrêter la psychothérapie qui n'évoluait plus depuis un moment pour que la patiente aille se faire initier selon son souhait.

²⁷³ Serban Ionescu, La recherche en psychopathologie sociale. *Psychologie Française*, 1997, Tome 42-3, pp. 199-202.

De cette recherche, il découle un ensemble de perspectives. En effet, même si cette recherche est définie dans le temps et dans l'espace, il convient de noter l'importance de cette recherche au niveau des approches théoriques et pratiques. Celles-ci pourront être améliorées et approfondies au cours des prochaines recherches. Ce qui conduit alors à proposer quelques axes pour des réflexions futures.

D'abord, et d'un point de vue général, il y a l'importance des représentations culturelles et sociales qui peuvent exister tant chez l'individu « *normal* » que le malade. Ces représentations sont à l'origine d'un ensemble d'attitudes et de comportements chez le sujet. Et d'un point particulier, cette recherche essaie de mettre l'accent sur l'importance des représentations culturelles pour le clinicien qui, dans certaines situations, est appelé à les rencontrer. Ensuite, sur le plan pratique, le clinicien chercheur est appelé à prendre en compte la complémentarité approches. Dans ce sens, il pourrait s'agir d'une approche interculturelle. Et enfin, il s'agira de prendre en compte la culture pour la compréhension du phénomène morbide.

Tous ces points méritent de plus amples approfondissements pour la compréhension et la prise en charge des patients.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaires, Encyclopédies et Vocabulaires

Chemama, R. et Vandermersch, B. (2003). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Larousse.

Jacob, A. (1990). *Encyclopédie philosophique universelle. Les notions philosophiques*, Tome 2. Paris : P.U.F.

Grand Dictionnaire de la Psychologie. (1999). Paris : Larousse-Bordas.

Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : P.U.F.

Roudinesco, E. et Plon, M. (1997). *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Paris : Librairie Arthème Fayard.

Colloques, Mémoires, Rapports et Thèses

- Barbas, S. (1983). Psychodynamique des croyances de sorcellerie illustrées par leurs aspects actuels dans le Limousin. Thèse de Doctorat en Médecine, Université Paris XI -Kremlin Bicêtre.
- Bitsi, J.-A. (1997). Désorganisation familiale et pathologie mentale. Mémoire de Licence, Université Omar Bongo de Libreville.
- Bitsi, J.-A. (1997). L'hôpital psychiatrique de Mélen : l'institution morcelée. Rapport de stage de Licence de Psychologie, Université Omar Bongo de Libreville.
- Brolles, L. (2002). Survivre au désespoir : processus limite, identité, symbolisation. Apport des méthodes projectives dans la clinique dans la clinique. Thèse de doctorat de Psychologie, Université Lumière Lyon II.
- Dérivois, D. (2003). Passages à l'acte toxiques et passages à l'acte agressifs à l'adolescence. Processus de répétition et de symbolisation. Apports de la méthodologie projective. Thèse de doctorat de Psychologie, Université Lumière Lyon II.
- Guérin, C., L'objet de relation ou la transparence de l'obstacle, à propos d'un film de W. Wenders Paris-Texas. Actes des Journées d'études du COR : Objet culturel, travail psychique, Arles, Hôpital François-Imbert, pp. 117-147, 1992.
- Ibamba, E. (1984). Traditions et changements sociaux. Organisation sociale et conception du monde chez les Punu du Gabon. Le village des morts : « ibungu ». Etude sociologique et ethnologique. Thèse de Doctorat de Sociologie, Université de Toulouse Le Mirail.
- Mamoundou-Mounguengui, S. (1984). Mugulu. Aspects psychopathologiques. Thèse de doctorat de Psychologie, Université Paris XIII-Villetaneuse.
- Moukouta, C. S. (2000). Représentations de la maladie mentale et thérapies traditionnelles au Congo. Réflexion à partir de l'étude d'itinéraires thérapeutiques. Thèse de doctorat de Psychologie, Université de Picardie Jules Verne.
- Roman P. (1991). Le détail blanc dans le test de Rorschach et l'expression projective des ruptures précoces du Moi. Contribution à une interprétation psychodynamique. Thèse de Doctorat de Psychologie, Université René Descartes-Paris V.
- Zemplini, A. (1968). L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou du Sénégal. Thèse de doctorat de Psychologie, Université Paris-Sorbonne.

Revues

- Andoche, J. (1993). La « sorcellerie » dans l'explication du malheur psychique à la Réunion. *Psychopathologie africaine*, XXV, 2, pp. 161-174.
- Anzieu, D. (1970). Freud et la mythologie. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, pp. 114-145.
- Anzieu, D. (1989). Note pour introduire l'échelle des symbolisations. *Revue Française*

- de *Psychanalyse*, 6, pp. 1775-1778.
- Bergeret, J. (1992). Les dépressions et leurs bases dans une optique thérapeutique. *Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives*, n° 36, pp. 5-24.
- Botella, S. et Botella, C. (1995). A propos du processuel. *Revue Française de Psychanalyse*, LIX, 5, pp. 1609-1615.
- Bougerol, C. (1984-1985). Hériter de la « malédiction » ou de la persécution à la maladie mentale. Une histoire de vie antillaise. *Psychopathologie africaine*, XX, 3, pp. 245-271.
- Chabert, C. (1987). Rorschach et TAT : antinomie ou complémentarité. *Psychologie française*, 32-3, pp. 141-144.
- Chouvier, B. (2004). Objet médiateur et groupalité. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe* (pp. 15-27), 41.
- Collomb, H. (1965). Les bouffées délirantes en psychiatrie africaine. *Psychopathologie africaine*, I, pp. 167-239.
- Cosnier, J. (1969). Psycholinguistique et techniques projectives. *Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives*, 23, pp. 5-13.
- Dérivois, D. (2004). Approche clinique et projective du clivage : le projet projectif. Le clivage [Hors-série n° 4]. *Les Cahiers du CRPPC*, pp. 204-223.
- Dupré La Tour, M. (2002). Le lien : repères théoriques. Le lien de couple et ses paradoxes. *Dialogue*, 155, pp. 27-40.
- Gibeault, A. (1989). Présentation du rapport. Destins de la symbolisation. *Revue Française de Psychanalyse*, LIII, 6, pp. 1493-1515.
- Gravaud, H. (1975). Naq et sorcellerie dans la conception sereer. *Psychopathologie africaine*, XI, 2, pp. 179-216.
- Helman, Z. (1980). Structure et évolution dans le courant de la psychopathologie structurale (pp. 9-53). Dans Z. Helman (Dir.), *Psychopathologie structurale 3*. Toulouse, Erès, 1980.
- Hombert J-M. et Van der Veen, L. (1994), Maladies, remèdes et langues en Afrique Centrale, in *Pholia*, Vol. 9.
- Ionescu, S. (1997), La recherche en psychopathologie sociale (pp.199-202). *Psychologie française*, Tome 42-3.
- Jaitin, R. (2004). Médiations en thérapie familiale psychanalytique : Le plan de la maison, approche de la métapsychologie des liens sociaux. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 41, pp. 103-122.
- Kestemberg, E. (1962). L'identité et l'identification chez l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, pp. 441-522.
- Marty P. et M'Uzan, M. de (1962). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, XXVII, 1963, pp. 345-356.
- Mespoulhes, N. (1979). Folie et culture : l'exemple du Gabon. *Ethnopsychiatrie*, 22, pp. 179-209.
- Nicolaïdis, N. (1991). Fantômes originaires et fantômes historico-mythologiques. *Revue Française de Psychanalyse*, 5, pp. 1185-1189.

- Pankow, G. (1984). L'importance du concept de la forme dans l'approche de la psychose. *L'information psychiatrique*, 60, 2, pp. 133-138.
- Pelsser, R. (1986). L'enfant en jeu. *L'information psychiatrique*, 62, pp. 571-588.
- Pelsser, R. (1989). Qu'appelle-t-on symboliser ? Une mise au point. *Bulletin de Psychologie*, XLII, 392, pp. 714-726.
- Perron, R. (1992). Représentation, symbolisation, théorisation. *Revue Française de Psychanalyse*, 1, pp. 159-174.
- Perron-Borrelli, M. (1989). Introduction. *Revue Française de Psychanalyse*, LIII, 6, pp. 1487-1491.
- Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité [Numéro spécial]. *Revue Française de Psychanalyse*, pp. 1351-1519.
- Roussillon, R. (2000). Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence. *Adolescence* (pp. 7-23), Monographie de la Société Internationale de Psychiatrie de l'Adolescent, Les Editions du GREUPP, 2000.
- Segal, H. (1970). Note sur la formation du symbole. *Revue Française de Psychanalyse*, 4, pp. 685-696.
- Wawrzyniak, M. (2000). Dissociation et temps vécu dans les psychoses débutant à l'adolescence. Approche phénoméno-structurale. *Evolution psychiatrique*, 65, pp. 37-54.
- Widlöcher, D. (1990). Le cas au singulier. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, pp. 285-302.
- Zemplini, A. (1983). Le sens de l'insensé. De l'interprétation magico-religieuse des « troubles psychiques ». *Psychiatrie française*, 4, pp. 29-47.
- Zemplini, A. (1985). La maladie et ses causes : causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture. *L'ethnographie*, LXXXI, pp. 2-3..
- Zemplini, A. et Rabain, J. (1965). L'enfant Nit-Ku-Bon. *Psychopathologie africaine*, 1, 3, pp. 329-441.

Ouvrages

- Alexander F. (1952). *La médecine psychosomatique*. Paris : Payot, édition 1977.
- Anzieu, D. (1978). *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (1981). *Le corps de l'œuvre*. Paris : Gallimard.
- Athanassiou-Popesco, C. (1998). *Le concept de lien en psychanalyse*. Paris : P.U.F.
- Augé, A. (1974). *La construction du monde : religion, représentations, idéologies*. Paris, Maspéro.
- Balandier, G. (1982). *Sociologie actuelle de l'Afrique noire : dynamique sociale en Afrique centrale*. Paris, P.U.F.

-
- Barus-Michel, J. (1987). *Le sujet social. Etude de psychologie sociale clinique*. Paris : Dunod.
- Benveniste, E. (1966). *Problèmes de linguistique générale*. Paris : Gallimard.
- Bion W. (1965). *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris, P.U.F., 1982, 207 p.
- Bion, W. (1959). *Attaques contre les liens. Réflexion faite*. Paris, P.U.F., 1983.
- Bion, W. (1961), *Recherches sur les petits groupes*. Paris, P.U.F., 2^{ème} édition, 1972.
- Bowlby, J. (1969). *L'attachement*. Paris : P.U.F., 3^{ème} édition, 1999. DATE
- Brelet-Foulard, F. et Chabert, C. (2003). *Nouveau Manuel du TAT. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Camilleri, C. et Vinsonneau, G. (1996). *Psychologie et culture : concepts et méthodes*. Paris : Armand Colin.
- Caro Baroja, J. (1962). *Les sorcières et leur monde*. Paris : Gallimard, édition 1972.
- Chabert C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. et Anzieu, D. (2004). *Les méthodes projectives*. Paris : P.U.F.
- Chemouni, J. (2000). *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte*. Paris : Nathan.
- Chouvier, B. (2002). Les fonctions médiatrices de l'objet. Dans B. Chouvier (Dir.), *Les processus psychiques de la création* (pp. 29-59). Paris : Dunod.
- Clanet, C. (1993). *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en Education et en Sciences humaines*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail.
- Delacampagne, C. (1974). *Antipsychiatrie. Les voies du sacré*. Paris : Grasset.
- Delbeau, J.-C. (1990). *Société, Culture et Médecine populaire traditionnelle. Etude sur le terrain d'un cas : Haïti* : Henri Deschamps.
- Deleuze, G. (1968). *Différence et répétition*. Paris : P.U.F., édition 1997.
- Dérivois, D. (2004). *Psychodynamique du lien drogue-crime à l'adolescence*. Paris : L'Harmattan.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentaire*. Paris : Flammarion.
- Devereux, G. (1973). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Devereux, G. (1996). *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves*. Paris : Synthélabo.
- Dominique, C. (2001). *La sorcellerie en France aujourd'hui*. Rennes, Ouest France.
- Doron, J. (2001). *La méthode de cas en Psychologie clinique en Psychopathologie*. Paris : Dunod.
- Durand G. (1993). *Les structures anthropologiques de l'imaginaire : introduction à l'archétypologie générale*. Paris : Dunod.

- Durkheim, E. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris : P.U.F., 6^{ème} édition 1979.
- Durkheim, E. (1924). Représentations individuelles et collectives. Dans E. Durkheim, *Sociologie et Philosophie* (pp. 1-48). Paris : P.U.F., édition 1996.
- Eliade, M. (1963). *Aspects du mythe*. Paris : Gallimard, 1988.
- Evans-Pritchard, E. (1937). *Sorcellerie, oracle et magie chez les Azandé*. Paris : Gallimard, édition 1972.
- Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort et les sorts*. Paris : Gallimard.
- Ferenczi, S. (1913). Le développement du sens de la réalité et ses stades (pp. 51-65) *Psychanalyse II. Œuvres complètes*. Paris, Editions Payot, 1970.
- Fischer, G-N. (1996). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris, Dunod.
- Frazer, J.-G. (1890). La magie sympathique. Dans J.-G. *Le rameau d'Or*. (pp. 41-140). Paris : Robert Laffont, édition 1981.
- Freud, S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies*. Paris : P.U.F., édition 1983.
- Freud, S. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Paris : P.U.F., 15^{ème} édition, 2002.
- Freud, S. (1896). *Cinq psychanalyses*. Paris : P.U.F., 19^{ème} édition, 1995.
- Freud, S. (1900). L'interprétation des rêves. Dans S. Freud. *Œuvres complètes. Psychanalyse IV*. Paris : P.U.F., édition 2004.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1989.
- Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. Dans S. Freud, *Résultats, idées et problèmes* (pp. 135-143). Paris : P.U.F., 2^{ème} édition 1984
- Freud, S. (1911). *Le président Schreber*. Paris : P.U.F., édition 1995.
- Freud, S. (1913). *Totem et tabou*. Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs. Paris : Payot, édition 1998.
- Freud, S. (1914). Remémoration, répétition, élaboration. Dans S. Freud, *La technique psychanalytique* (pp. 105-115). Paris : P.U.F., édition 1975.
- Freud, S. (1915). Complément métapsychologique à la théorie du rêve. Dans S. Freud, *Métapsychologie* (pp. 123-143). Paris : Gallimard, édition 1968.
- Freud, S. (1915). Deuil et mélancolie. Dans S. Freud, in *Métapsychologie* (pp. 145-171). Paris : Gallimard, édition 1968.
- Freud, S. (1915). Pulsions et destins des pulsions. Dans S. Freud, *Métapsychologie* (pp. 11-43). Paris : Gallimard, édition 2002.
- Freud, S. (1917). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot et Rivages. 2000.
- Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté* et autres essais. Paris : Gallimard, 1985.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans S. Freud, *Essais de Psychanalyse* (pp. 47-128). Paris : Payot et Rivages, édition 2001.
- Freud, S. (1921). Psychologie des masses et analyse du moi. Dans S. Freud, *Essais de Psychanalyse* (pp. 129-242). Paris : Payot et Rivages, édition 2001.

-
- Freud, S. (1921). Psychologie des masses et analyse du Moi. Dans S. Freud, *Œuvres complètes. Psychanalyse XXVI* (pp. 5-83). Paris : Payot, édition 1991.
- Freud, S. (1924). La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose. Dans S. Freud. *Névrose, psychose et perversion* (pp. 299-303). Paris : P.U.F., édition 1973.
- Freud, S. (1927). *L'avenir d'une illusion*. Paris : P.U.F., édition 1971.
- Freud, S. et Breuer, J. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Paris : P.U.F., 14^{ème} édition 2000.
- Girard, R. (1990). *La violence et le sacré*. Paris : Albin Michel.
- Guimelli, C. (1999). *La pensée sociale*. Paris : P.U.F.
- Herzlich, C. (1996). *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Paris, Ecoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Nouvelle édition.
- Hubert, H. et Mauss, M. (1899). Essai sur la nature et la fonction du sacrifice. Dans H. Hubert et M. Mauss (Dir.), *Œuvres 1 : les fonction sociales du sacré*. Paris : Les éditions de Minuit, édition 1968.
- Husserl, E. (1913). *L'idée de la phénoménologie. Cinq leçons*. Paris : P.U.F., édition 1978.
- Janet, P. (1926). Un délire religieux, la croyance. Dans P. Janet (Dir.), *De l'angoisse à l'extase. Etude sur les croyances et les sentiments* Vol. 1, Paris : Payot, édition 1975.
- Javeau, C. (1985). *L'enquête par questionnaire. Manuel à l'usage du praticien*. Bruxelles : Editions de l'Université Libre de Bruxelles.
- Jidouard, H. (1988). *Le Rorschach. Une approche psychanalytique*. Lyon : P.U.L.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : P.U.F., 7^{ème} édition 2003.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Bordas.
- Kaës, R. (1979). Introduction à l'analyse transitionnelle. Dans R. Kaës et A. Missemard (Dir.), *Crise, rupture, dépassement* (pp. 1-81). Paris : Dunod.
- Kaës, R. (1984.). L'étoffe du conte. Dans R. Kaës, J. Perrot, J. Hochmann, et C. Guérin (Dir.), *Contes et divan. Les fonctions psychiques des œuvres de fiction* (pp. 1-20). Paris : Bordas, édition 2004.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe : éléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Paris : Dunod.
- Klein, M. (1968). Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. Dans M. Klein, *Essais de Psychanalyse* (pp. 311-340). Paris : Payot.
- Kuhn, R. (1957). *Phénoménologie du masque à travers le test de Rorschach*. Paris : Desclée de Brouwer, 2^{ème} édition 1992.
- Lacan, J. (1978). *Le Séminaire II*. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1981). *Le Séminaire III*. Paris : Edition du Seuil.
- Lahlou, M. et Vinsonneau, G. (2001). *La psychologie au regard des contacts de culture*. Limonest : L'interdisciplinaire.
- Laplantine, F. (1976). *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique noire*. Paris : J.-P. Delarge.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes*

- de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine.* Paris : Payot.
- Leenhardt, M. (1947). *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien.* Paris : Gallimard.
- Lévi-Strauss, C. (1949). L'efficacité symbolique. Dans C. Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale* (pp. 205-226). Paris : Plon, édition 1974.
- Lévi-Strauss, C. (1958). Le sorcier et sa magie. Dans C. Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale* (pp. 183-203). Paris : Plon, édition 1974.
- Lévi-Strauss, C. (1964). Le cru et le cuit. *Mythologiques I.* Paris : Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1967). Du miel aux cendres. *Mythologiques II.* Paris : Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1968). L'origine des manières de table. *Mythologiques III.* Paris : Plon.
- Lévy Bruhl, L. (1910), *La mentalité primitive.* Paris, P.U.F., 1960, 15^{ème} édition.
- Linton, R. (1949). *Le fondement culturel de la personnalité.* Paris : Dunod, édition 1999.
- Lorenz, K. (1965). *Essai sur le comportement animal et humain.* Paris : Seuil, édition 1970.
- Malinowski, B. (1932). *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives.* Paris : Payot, édition 2001.
- Mallart, G. L. (1981). *Ni dos ni ventre. Religion, magie et sorcellerie. Evuzok.* Paris : Société d'Ethnographie.
- Martin, L. (1998). *Traitement statistique de données avec le logiciel Sphinx.* Trois-Rivières, Québec : Editions SMG.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort.* Paris : Payot.
- Mary, A. (1983). *Naissance à l'envers : essai sur le rituel du Bwiti Fang au Gabon.* Paris, L'Harmattan.
- Matangila, L. (2000). *La catégorie de la faute chez les Mbala (Bantous). Paul Ricoeur en question.* Paris : L'Harmattan.
- Mauss, M. (1974). *Manuel d'ethnographie.* Paris : Payot.
- Mbadinga, S., Ngabolo, G., Boussou, M., (2002). Soigner en rond : sur le front du partage de l'espace thérapeutique en Afrique noire (pp. 89-98). Dans J-P. Tsala Tsala, (Dir.) *Santé mentale, psychothérapies et sociétés,* Vienne, The World Council of Psychotherapy.
- Mbiti, J. (1972). *Religions et philosophie africaines.* Yaoundé : Edition CLE.
- Mead, M. (1963). *Mœurs et sexualité en Océanie.* Paris : Plon.
- Milner, M. (1976). *Inconscient et peinture : une approche psychanalytique du dessin chez l'enfant et l'adulte.* Paris : P.U.F.
- Minkowska, F. (2003). *Le Rorschach. A la recherche du monde des formes.* Paris : L'Harmattan.
- Minkowski, E. (1927). *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes.* Paris : Payot et Rivages, édition 1997.
- Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu : études phénoménologiques et psychopathologiques.* Paris : P.U.F., édition 1995.

- Mohiat-Navet, N. (1993). *Les thérapies traditionnelles dans la société Kabyle*. Paris, L'Harmattan, 268 p.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris : P.U.F.
- Mucchielli, R. (1990). *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale : connaissance du problème, applications pratiques*. Paris : ESF-Entreprise moderne.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres : traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris : Dunod.
- Nguema-Obam, P. (1984). *Aspects de la religion fang : essai d'interprétation de la formule de la bénédiction*. Paris : Karthala.
- Ortigue, M.-C. et Ortigue, E. (1984). *Œdipe africain*. Paris : L'Harmattan.
- Ouattah, A. (1993). *Ethnopsychiatrie maghrébine*. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc. Paris, L'Harmattan, 1993, 268 p.
- Pewzner, E. (2000), *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris : Armand Colin.
- Piaget, J. (1976). *La formation du symbole chez l'enfant*. Neuchatel : Delachaux et Niestlé.
- Poussin, G. (1994). *La pratique de l'entretien clinique*. Paris : Dunod.
- Racamier, P. (1983). *Les schizophrènes*. Paris : Payot.
- Raponda-Walker, A., Sillans, R. (1962), *Rites et croyances des peuples du Gabon*. Essai sur les pratiques religieuses d'autrefois et d'aujourd'hui. Paris, Présence africaine, édition 1983.
- Roheim, G. (1978). *Psychanalyse et anthropologie : culture, personnalité, inconscient*. Paris : Gallimard.
- Rosny, E. de (1981). *Les yeux de ma chèvre : sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala*. Paris : Plon.
- Rosny, E. de (1996). *La nuit, les yeux ouverts*. Paris : Editions du Seuil.
- Rosny, E. de (2002). Foi, famille et folie. Dans J.-P. Tsala Tsala (Dir.), *Santé mentale, psychothérapies et sociétés* (pp. 179-186). Vienne : The World Council for Psychotherapy.
- Roussillon, R. (1997). Activité projective et symbolisation. Dans P. Roman (dir.), *Projection et symbolisation chez l'enfant. La méthode projective en psychopathologie* (pp. 27-35). Lyon : P.U.L.
- Roussillon, R. (1998). Désir de créer, besoin de créer, contrainte à créer, capacité de créer. Dans B. Chouvier (Dir.), *Symbolisation et processus de création* (pp. 158-171). Paris : Dunod.
- Saussure, F. de (1915). *Cours de linguistique générale*. Paris : Payot, édition 1995.
- Searles, H. (1979). *Le contre-transfert*. Paris : Gallimard, édition 1981.
- Shentoub, V. (1998). *Manuel d'utilisation du TAT. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Singly, F. de. *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Paris : Armand Colin, 2^{ème} édition 2005.
- Sow, I. (1977). *Psychiatrie dynamique africaine*. Paris : Payot.

Sow, I. (1978). *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire*. Paris : Payot.

Sperber D. (1989). L'étude anthropologique des représentations. Dans D. Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales* (pp. 115-130). Paris : P.U.F., 7^{ème} édition 2003.

Spitz R. (1968). *De la naissance à la parole. La première année de la vie*. Paris : P.U.F., 9^{ème} édition, 1997.

Tchetche, G. D. (1998). *Thérapies familiales et contextes socio-culturels en Afrique noire*. Paris, L'Harmattan, 1998, 270 p.

Valabrega, J.-P. (1992). *Phantasme, mythe, corps et sens. Une théorie psychanalytique de la connaissance*. Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard, édition 2002.

INDEX

INDEX DES CAS

Angèle 112, 117, 185, 186, 188, 195, 196, 242, 250, 259, 261, 262, 265, 268, 334, 341

Blaise 112

Cécile 104

François 112, 206, 207, 208, 210, 242, 249, 259, 270

Gaston 112, 263, 334

Jacques 104

Mabiala 281

Marcel 112, 326

Marianne 166

Marie 89, 90

Martine 17, 112, 230, 231, 232, 233, 240, 242, 250, 252, 334, 340

Mélanie 104

Mme O. A. 112

Patrick112, 263, 267, 269, 335

Pierre112, 196, 197, 198, 204, 242, 251, 262

Sidonie112

Thomas112, 198, 217, 218, 228, 242, 251, 252, 262, 269, 276, 345, 346

Véronique112

INDEX DES NOMS LOCAUX ET DES THEMES

Akagha 168, 199

Ancêtres10, 11, 13, 29, 30, 44, 153, 168, 324, 325, 326, 339

Ange163, 211, 216, 269, 270, 282, 334

Béthanie127

Biafra24

Bwiti 123, 251

Cabanon23

Centre Hospitalier de Libreville23

Chauve-souris62, 344

Complémentariste80

Conflits relationnels230

Contenant62, 151

Croyances à la sorcellerie 10, 78, 111, 136, 253, 280

Croyances modernes 13, 330

Croyances religieuses294

Croyances traditionnelles 10, 19, 116, 130, 136, 330

Culture13, 75

Dakar23

Délire de persécution207, 311

Diable26, 46, 163, 207, 263, 334

Dupung191, 262, 282, 296

Envoûtement32, 41, 46, 97, 132, 150, 165, 167, 207, 254, 283, 320, 324, 325, 327, 328, 329, 335, 339

Esprits132, 324

Evu150, 171, 183, 262

-
- Fantasm**93, 94, 152, 175, 199, 212, 216, 221, 224, 225, 238, 241, 244, 255, 257, 315, 316, 342
- Fétiches**78, 257
- Fil projectif**258, 274, 275
- Fonctionnement psychique**15, 36, 41, 46, 182, 184, 185, 188, 189, 198, 205, 218, 232, 233, 235, 240, 243, 248, 279, 293, 294, 307, 308, 343, 344, 345, 347
- Franc-maçonnerie**207, 249, 257
- Gisir**217, 218
- Hopital Schweitzer**24
- Iboga**39, 40, 265
- Imaginaire groupal**151, 277
- Ipunu**191, 262, 282
- Lambaréné**24, 103
- Libreville**24
- Magie**27, 46, 132, 150, 164, 165, 166, 167, 168, 207, 254, 257, 261, 324
- Maladie mentale**14, 15, 76, 253
- Masque**62, 273, 296, 344
- Mélen**24, 103, 110
- Messianisme**26
- Méthodologie projective**19, 20, 118, 258, 264, 275, 291, 292, 320, 338, 343, 344
- Moabi**166
- Monstre**163, 263
- Mouila**31
- Mugulu**43, 51, 326
- Mukudji**118, 259, 282, 293
- Mwiri** 143, 218
- Myéné**153
- Ndjembé**123, 128
- Ndjobi**123, 128, 143
- Nganga**38, 42, 106, 138, 140, 150, 254, 339
- Noyaux crédiques** 77, 343
- Objet manquant**79, 242, 269
- Prière**19, 35, 36, 37, 47, 48, 62, 123, 143, 147, 229, 258, 260, 265, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 281, 282, 285, 292, 293, 332, 334, 343, 344, 345

Processus de liaison79, 319
Processus de symbolisation13, 291, 319, 323, 337
Processus primaires195, 205, 220, 343
Processus secondaire313
Projet projectif291
Psychiatrie occidentale23
Punu31, 43, 47, 51, 153, 166, 191, 296
Réalité psychique 57, 59, 175, 260
Religions modernes128
Religions traditionnelles128
Répétition19, 20, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 136, 162, 174, 176, 183, 216, 262, 278, 284, 287, 296, 297, 303, 304, 305, 306, 309, 315, 337, 339, 342
Répétition de la différence69
Répétition du même70
Répétition-répétition71
Répétition-symbolisation71, 306
Réponses
Bien/mal267
chauve-souris261
conversion265
crédiques18
masque259
prière269, 275
voir263
Représentation
collective21, 84
conscientes68
de chose 309, 322
de mot322
inconscientes68
individuelles68
psychiques14, 67, 183
sociales14, 65, 85
culturelles 10, 14, 18, 57, 65, 182, 249, 250, 252, 255, 298, 320, 324, 347

Rose croix249
Sacrifice167, 173, 176, 177, 253
Satan163
Sentiment de culpabilité37, 194, 208, 249
Sorcellerie11, 17, 19, 30, 32, 33, 41, 44, 46, 50, 51, 57, 132, 148, 149, 150, 151, 158, 164, 165, 171, 187, 250, 251, 252, 254, 257, 262, 278, 286, 295, 298, 310, 320, 324, 325, 329, 334, 342, 344
Sorcellerie-anthropophagie168, 176
Subjectivité 14, 306
Symbolisation57, 77, 322
Traumatisme246, 303, 304
Udjabe163, 166
Vampire163, 263
Violation des interdits29, 30, 31
Visions39, 81, 91, 264, 265, 288

INDEX DES AUTEURS

Alexander F.231
Andoche J.44
Anzieu D.14, 55, 56, 57, 58, 169, 253, 276, 284
Athanassiou-Popesco C.69, 301
Augé A.78
Balandier G.181
Barbas S.254
Barus-Michel J.13
Benveniste E.54
Bergeret102
Bion W.68, 69, 70, 71, 73, 314
Bitsi J. A.180
Botella S et C.304
Bowlby J.68
Brolles L.289

- Camilleri C.**139
- Caro Baroja J.**173, 177
- Chabert C.**102, 103, 179, 242, 272, 274,-288, 290
- Chemouni J.**231
- Chouvier B.**55, 57, 110, 146, 276, 280, 281, 282, 286, 293
- Clanet C.**317
- Collomb H.**36, 47, 82, 83, 90
- Cosnier J.**272
- Delbeau J-C.**121
- Deleuze G.**65
- Dérivois D.**272, 288, 289
- Devereux G.**16, 48, 82, 83, 84, 86, 90, 275
- Doron J.**110
- Dupré La Tour M.**69
- Durand G.**62
- Durkheim E.**76, 79, 172
- Eliade M.**165, 167, 168, 176
- Evans-Pritchard E.**158, 172
- Favret-Saada J.**11, 148
- Ferenczi S.**153
- Fischer G-N.**145
- Frazer J-G.**161
- Freud S.**34, 50, 51, 58, 68, 69, 72, 80, 81, 82, 89, 90, 112, 169, 171, 175, 213, 243, 244, 245, 254, 255, 270, 275, 293, 294, 297, 298, 299, 300, 302, 303, 305, 306, 308, 309, 310, 315, 316, 317, 319, 320, 325, 326, 327
- Gibeault A.**53, 74, 314
- Girard R.**170
- Gravaud H.**162
- Guérin C.**295
- Guimelli C.**61
- Helman Z.**329
- Herzlich C.**78
- Hubert H.**170
- Husserl E.**151

Ibamba E.28, 39, 157, 160
Jaitin R.55
Janet P.151
Jodelet D.10, 14, 61, 79, 80
Kaës R.53, 55, 58, 68, 70, 71, 75, 146, 274, 311, 313, 318
Kestenberg E.200
Klein M.266
Kuhn R.257, 258
Lacan J.15, 65, 300
Laplanche J.52, 69, 297, 313
Laplantine F.14, 31, 36, 76, 77
Leenhardt M.149
Lévi-Strauss C.56, 253, 262, 266, 284, 285
Lévy Bruhl L.154
Linton R.86, 87
Lorenz K.67
M'Uzan M.231, 238
Malinowski B.87
Mallart G. L.165, 167, 175
Mamboundou-Mounguengui S.40, 48
Marty P.229, 231, 238, 241
Mary A.37
Mauss M.77, 170
Mbadinga S.46, 138
Mbiti J.10, 159
Mead M.87
Mespoules N.21, 40
Milner M.284
Minkowska F.262, 278
Minkowski E.58, 110, 268, 290
Moscovici S.79
Moukouta C. S.45, 148
Nguema-Obam P.322
Nicolaidis N.146, 311

Ortigue M-C. et E.322, 323, 324
Ouattah A.148
Pankow G.283
Pelsser R.51, 52, 53, 314
Perron R.53, 73, 74, 317
Pewzner E.47, 246
Piaget J.78
Plon M.297
Pontalis J-B.69, 297, 305, 313
Racamier P.244
Raponda-Walker A.126
Roheim G.82, 90
Roman P.102, 256, 272, 288, 301
Rosny E. de34, 144
Roudinesco E.297
Roussillon R.14, 51, 55, 57, 288, 303, 311, 313, 314, 315, 317, 337
Saussure F. de54
Searles H.294
Segal H.51
Sow I.36, 47, 91, 320, 324
Spitz R.67
Tchetche G. D.148
Valabrega J-P.253
Vinsonneau G.139
Wawrzyniak M.201
Widlöcher D.110
Winnicott D. W.55, 292
Zemplini A.9, 84, 85, 247

TRAVAUX PERSONNELS

Publications, Revues à comité de lecture

Psychopathologie et modernité religieuse. De la naissance de l'individualisme à la crise identitaire. *Psychopathologie Africaine*, 2005 (A paraître)

Croyances et symbolisation. Analyse d'un rituel anthropophagique : la sorcellerie. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2005 (A paraître).

Contributions à des colloques

Représentations de la maladie mentale au Gabon. Des représentations culturelles aux représentations psychiques. 6^{ème} Séminaire Inter-Universitaire Européen d'Enseignement et de Recherche en Psychopathologie et Psychanalyse(S.I.U.E.E.R.P.P.), novembre 2005, Strasbourg.

Représentations de la maladie mentale au Gabon. 1^{er} Colloque de Psychiatrie transculturelle. Centre Hospitalier H. Guérin de Pierrefeu du Var, octobre 2005, Toulon.

Symbolisation et représentations de la maladie mentale. Association pour la Recherche en Interculturel(A.R.I.C.), mai 2005, Alger.

Difficultés méthodologiques de la rencontre des sujets exilés : enjeux et perspectives. Association pour la Recherche en Interculturel (A.R.I.C.), juillet 2003, Amiens.

Représentations culturelles et fonctionnement psychique. IXème Colloque National Junior en Psychopathologie. Université Paris X-Nanterre, Juin 2003.

Problématique de la croyance et Représentation de la maladie au Gabon. Contribution à une approche interculturelle en Psychologie Clinique. Association pour la Recherche en interculturel (ARIC), Genève 2001.

Ecrits universitaires

L'hôpital psychiatrique de Mélen : l'institution morcelée. Rapport de stage de Licence, Université Omar Bongo de Libreville, 1997.

Désorganisation familiale et pathologie mentale : cas des psychoses adultes. Mémoire de licence, Université Omar Bongo de Libreville, 1997.

Désorganisation familiale et psychoses infantiles. Mémoire de Maîtrise de Psychologie clinique et psychopathologie, Université de Caen, 1998.

Le jeu et la fonction symbolique chez l'enfant autiste : la construction de la personne. Mémoire de DEA de Psychologie clinique et Psychopathologie, Université de Picardie Jules Verne, Amiens, 1999.

La problématique du narcissisme chez les travailleurs handicapés. Rapport de stage de DESS de Psychologie clinique et Psychopathologie, Université de Picardie Jules Verne, Amiens, 2003.

Annexes

1. Questionnaire

[bitsi_j_a_questionnaire](#)

2. Guides d'entretien

- la représentation du trouble mental. Par cette thématique, il s'agit de saisir l'origine de la maladie mentale. Est-elle un trouble d'origine organique (maladie du cerveau, des nerfs, etc.), spirituelle (divine, mystique, surnaturelle) ou culturelle (esprits, génies, sorcellerie, ancêtres, magie) ? En fonction du niveau d'étude, de la zone d'habitation, certaines représentations sont mises en avant par rapport à d'autres. (Par exemple).
- la représentation des thérapies (traditionnelles, psychiatriques, spirituelles). Il s'agit de saisir les différentes thérapies utilisées. En fonction de ses croyances, le sujet choisit la thérapie qui lui convient et a tendance à la surestimer. Les thérapies traditionnelles font partie de la culture et le refus d'y croire est parfois à l'origine d'un

conflit de générations. La variable niveau d'étude (analphabètes) et la zone d'habitation (ruraux) sont les plus manifestes de ce conflit.

- les attitudes thérapeutiques. A ce niveau se pose la question du choix des thérapies par le sujet. Selon les croyances de la famille, le patient est conduit chez le nganga si la famille y croit ; à l'église si elle y croit. En fonction du niveau d'étude (analphabètes), de la zone d'habitation (ruraux), certaines représentations sont mises en avant par rapport à d'autres.
- les itinéraires thérapeutiques. Il s'agit de saisir l'histoire des soins des patients, les différents lieux thérapeutiques fréquentés. Les itinéraires thérapeutiques dépendent de l'inefficacité des thérapies utilisées. Lorsqu'il y a efficacité l'itinéraire prend fin. Cependant, lorsqu'il n'y a pas de solutions de guérison à la maladie du sujet, ce dernier est appelé à faire le tour des thérapeutes dans l'espoir de guérir.
- l'efficacité thérapeutique. C'est l'échec de telle ou telle thérapie qui conduit le sujet à aller consulter un autre thérapeute. Certains, en fonction de ses croyances, ont tendance à dire que sa thérapie est la plus efficace. D'autres, au contraire, pensent qu'aucune des thérapies ne guérit véritablement la maladie mentale et renvoient dos à dos les thérapies. Enfin, d'autres pensent que les thérapies institutionnelles arrivent à calmer les troubles par leurs médicaments. Et par conséquent, elle paraît la plus apte à s'occuper des « fous », même si elle ne les guérit pas.
- l'évolution des représentations. Il s'agit de saisir les changements et l'évolution des attitudes dans la société. Au-delà des systèmes traditionnels, il existe d'autres formes de systèmes de représentations dits modernes, caractéristiques d'une société en mutation. Ces représentations peuvent se retrouver chez les uns ou les autres, en fonction de leur âge, sexe, religion, niveau d'étude et de la zone d'habitation.

[bitsi_j_a_enquete](#)

3. Cas cliniques

Cas n° 1, Angèle, 34 ans

1. Résumé des éléments d'anamnèse et d'entretien

1.1. Présentation

Agée de 34 ans, Angèle est célibataire et de mère de trois enfants. Elle vit chez sa sœur aînée à Libreville. Suite à un état délirant aigu, avec agressivité verbale et physique, Angèle a été conduite à l'hôpital psychiatrique où elle a été hospitalisée. Six mois après son hospitalisation, Angèle présente quelques signes de stabilisation. C'est au cours de cette période qu'elle a été rencontrée. Mon intérêt pour la présence des croyances dans

son discours m'a amené à la rencontrer.

Angèle honore à son rendez-vous. Après un entretien préalable, l'examen commençait, toujours avec un peu méfiance due certainement à la peur de se tromper. Par ailleurs, pendant toute la passation, Angèle était tendue et perplexe, laissant apparaître une certaine angoisse qui se manifestait dans le protocole (présence abondante de refus, déni). Au point où j'ai envisagé reprendre la passation une semaine plus tard.

1.2. Anamnèse

Orpheline de père et de mère, Angèle est la benjamine d'une fratrie de quatre enfants dont deux garçons et deux filles. Elle a passé son enfance en province où elle a fait ses études jusqu'en classe de 5^{ème} qu'elle a dû arrêter après plusieurs échecs consécutifs. Angèle est sans qualification et sans emploi. Depuis près de trois ans, Angèle s'est convertie à la religion protestante sur conseil d'un « frère en christ », délaissant la religion catholique de son enfance.

Angèle dit avoir eu de bons rapports avec ses parents même si, à certains moments, elle a entendu dire qu'ils étaient sorciers. Par ailleurs, elle avait aussi de bonnes relations avec la tante paternelle et l'oncle maternel chez qui elle a habité. Il est à noter que suite au décès de son père, Angèle a été prise en charge par son oncle maternel qui l'amène à Libreville poursuivre sa scolarité. Mais suite à ses échecs scolaires, il y a un relâchement des relations entre Angèle et son oncle. Elle va aller habiter un moment chez sa tante puis à cause des conflits relationnels, elle ira habiter chez sa sœur. Angèle a été traumatisée par le décès de son frère aîné assassiné dans la forêt dans des conditions macabres.

1.3. L'histoire de la maladie

Angèle situe l'origine de sa maladie dans son enfance. En effet, pour Angèle, avant sa souffrance était physique ; elle maigrissait énormément et vivait des échecs. Elle n'avait pas des troubles mentaux. C'est suite à ces problèmes que Angèle s'était fait initiée au « *mbumba* » (1987), puis au rite de la « *torche indigène* » (1988). Etant donné que les problèmes persistaient, la patiente était allée se faire initier au « *ngondi* » (1991).

En 1999, après avoir accepté « *la parole de Dieu* », par sa conversion à la religion protestante, commence à se manifester chez Angèle les premiers troubles : « *Un jeudi, j'étais allée à l'église et à mon retour, j'avais commencé par me disputer avec les gens à la maison. Je jetais mon linge et je criais. L'esprit de la folie m'avait dit que tu es en deuil, jette tes habits. J'ai trié mes habits d'un côté ceux qui avaient la couleur noire et de l'autre ceux qui étaient en rouge. Je n'aimais plus les habits qui avaient la couleur noire et certains habits en rouge. Du nombril jusqu'aux pieds, les habits en rouge voulaient dire le sang de Jésus. Alors que de la tête, le haut jusqu'au ventre, l'habit rouge voulait signifier que le rouge était la « rose croix » et mon oncle voulait me sacrifier. Il fallait m'en débarrasser. Toute la nuit, j'étais dehors en train de louer (prier). Je ne savais pas que j'avais des crises de folie. Voyant cela, ma sœur chez qui j'habitais s'était rendue compte que j'avais des crises de folie* ».

Les troubles se caractérisent par des grands accès de colère sans motifs valables, des cris ; elle parlait tout seul ou entendait des voix qui lui parlaient ; elle était agitée au point que ses enfants lui avaient été pris pour qu'ils aillent vivre avec leur père.

Suite à ces troubles, Angèle a été conduite à l'église. Une semaine après, elle a été conduite chez un *nganga* sur conseils de sa tante paternelle. Selon les *nganga*, la patiente est victime de malédiction de la part des parents. Cependant, ne voyant pas la situation évoluer, « *mon grand-frère et mon oncle qui est sénateur m'ont déposé chez la tante car ils disent que c'est elle qui me rend malade* ». De là, la patiente a pu suivre un traitement chez un *nganga* et son état a commencé à s'améliorer. Mais le traitement avait été inachevé car la tante n'avait pas accepté de sacrifier le mouton comme l'avait exigé le *nganga*. Ce qui avait pu entraîner des conflits à l'origine du départ de chez la tante. Elle décide alors d'aller habiter chez le pasteur de l'église qu'elle fréquente. Ce pasteur marié devient son amant. Quelques mois plus tard, Angèle rechute.

La deuxième crise (avec presque les mêmes symptômes) remonte au cours du mois de mai 2002. Ayant appris la rechute de Angèle, son frère et son oncle viennent la chercher pour la conduire dans une église à l'église éveillée de *Branam*. Suite au manque d'évolution favorable de son état, la patiente est amenée à l'hôpital psychiatrique de Mélen où elle est internée depuis six mois et où elle commence à aller mieux : « *Quand je suis venue ici, c'est comme si j'avais le SIDA, j'étais très maigre. C'est ici où j'ai pris ce poids. Je n'avais plus de poitrine. Au quartier quand tu passes, tu n'as pas les seins, tu tournes au rigolo. Ici, à l'hôpital, les seins sont déjà sortis* ».

Toutefois, il est à signaler chez Angèle une lenteur idéative et psychomotrice liée certainement à l'effet des médicaments ou encore un état d'hébétude.

1.4. Les causes de la maladie

Au cours de ses nombreuses initiations, Angèle avait vu dans ses visions qu'elle possédait une bonne étoile. C'est celle-là que les parents paternels et maternels veulent prendre par jalousie pour qu'elle ne réussisse pas. Pour la patiente, si elle est malade (folle), c'est parce que ses parents veulent lui arracher cette étoile. Car selon les croyances, quand une personne a une étoile, si on la lui arrache, elle devient folle.

Angèle relate l'existence des conflits relationnels dans sa famille liés à la sorcellerie. Sont impliqués dans cette sorcellerie, l'oncle sénateur (tuteur) qui est aussi franc-maçon et la tante paternelle. Pour Angèle, les lignées paternelle et maternelle sont à l'origine de sa maladie et plus précisément le côté maternel (oncle). Parmi les raisons qui ont motivé la tante à la maudire, il y a le fait qu'elle veuille qu'elle soit une demoiselle, ramenant de l'argent à la maison pour elle. Cette vérité a été confirmée par les *nganga* qui ont souvent ressorti la complicité des deux côtés. Pour la patiente, ces mêmes personnes ne veulent pas qu'elle réussisse. Quand les parents savent qu'il y a un homme qui s'occupe d'elle, tout tombe dans l'eau. Ce qui a toujours été à l'origine des conflits et des échecs conjugaux et familiaux et de l'amaigrissement de la patiente.

Cependant, depuis sa conversion au christianisme, Angèle pense que les sorciers qui la persécutent sont des personnes par lesquelles Satan passe pour l'atteindre. Dans ce sens, pour Angèle, la maladie peut être liée à un châtement car le seigneur peut châtier

une personne parce qu'elle déconne dans la « *parole de Dieu* ». Avant, en se tenant aux dires des *nganga*, elle considérait que la maladie était liée à la sorcellerie dans laquelle étaient impliqués l'oncle maternel et la tante paternelle qui avaient des pensées négatives sur elle.

2. Protocoles de Rorschach

Après un entretien préalable, l'examen commençait, toujours avec un peu méfiance due certainement à la peur de se tromper. Par ailleurs, pendant toute la passation, Angèle était tendue et perplexe, laissant apparaître une certaine angoisse qui se manifeste dans le protocole (présence abondante de refus, déni). Au point où j'ai envisagé reprendre la passation une semaine plus tard²⁷⁴.

1^{ère} passation

²⁷⁴ Cette double passation pouvait-elle être comprise comme le résultat de mon propre contre-transfert par rapport au protocole « vide », marqué par de nombreux refus ? Ces refus je les attribuais au fait que nous avons été dérangés à deux reprises dans le bureau. En effet, quand c'était possible, les passations des tests se passaient dans le bureau d'un psychologue qui me le cédait quand c'était possible. Et lorsqu'il était dans le besoin, il revenait récupérer ce dont il avait besoin. De ce fait, l'entrée dans la salle d'une tierce personne entraînait une interruption pouvant être à l'origine de situations de blocages. Dans ce cas, ceux-ci pouvaient-ils être liés à la présence d'une tierce personne dans la salle ou avec l'expression de la problématique personnelle du sujet ou encore aux deux situations ?

PROCESSUS DE SYMBOLISATION ET APPARTENANCES CULTURELLES.

<p>Planche I 30'' « Je dis ce qui est dessiné là ? Je ne sais pas. Je ne vois rien ». 1- « Je vois que c'est un dessin qui est dessiné comme ça ». 2- « Là, les bras (Petites saillies médianes supérieures). Une personne qui a les mains comme ça ». (Mains levées vers le ciel, signe d'adoration). 3- « Ca, on dirait les trucs qui sont avec l'oiseau, les ailes » (Saillie latérale, haut). 3'</p>	<p>« Mais la personne n'a pas de tête ». Ca, ce sont les pieds (D inférieur).</p>	<p>G F+ Art D Kp Hd <input type="checkbox"/> Dévitalistaion <input type="checkbox"/> Morcellement D F+ Ad <input type="checkbox"/> Précaution verbale</p>
<p>Planche II 26'' 1- « Ca, on dirait que c'est une personne qui a les chaussettes rouges » (Rouge haut extérieur). C'est un blanc. Voici les pieds qui sont blancs » (Partie reliant rouge haut extérieur et grande partie latérale). 2'</p>	<p>« Comme s'il était la tête en bas et les pieds en l'air » Dd inférieur).</p>	<p>Dd F- H <input type="checkbox"/> FC' <input type="checkbox"/> Précaution verbale <input type="checkbox"/> Renversement <input type="checkbox"/> Dévitalisation</p>
<p>Planche III 2'' 1- « Deux noires, deux personnes. L'autre est ici et l'autre est ici (Parties latérales). 2- ça là..., c'est le sang » (Rouge extérieur, en haut) 1'</p>		<p>G F+ H Ban D C Sang/Anat</p>
<p>Planche IV « Ca là, je ne connais pas ».</p>		<p><input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Choc</p>
<p>Planche V 15'' « Ca là, je vois comme l'oiseau. Ça ne me dit rien même la couleur noire que je ne voulais pas ». 1'</p>		<p>G F+ A Ban <input type="checkbox"/> Dénégation <input type="checkbox"/> Commentaire <input type="checkbox"/> Choc Clob</p>
<p>Planche VI « Ca ne dit rien aussi. Je ne peux pas mentir ».</p>		<p><input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Choc</p>
<p>Planche VII « Je ne vois rien aussi ».</p>		<p><input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Choc</p>
<p>Planche VIII-10'' « Ca là, je vois deux animaux ». (D</p>	<p>Deux animaux, l'autre touche le truc-là.</p>	<p>D F+ A Ban <input type="checkbox"/> Lien</p>

bilatéraux). 1'		
Planche IX « Je ne vois rien ».		<input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Choc
Planche X « Je ne vois rien ».		<input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Choc

2^{ème} passation, une semaine plus tard

PROCESSUS DE SYMBOLISATION ET APPARTENANCES CULTURELLES.

<p>Planche I 18'' « Comme si c'est une personne debout et qui n'a pas de tête et les mains sont comme ça » (Petites saillies médianes supérieures). (Mains levées vers le ciel, en signe d'adoration). 1'50</p>	<p>« La personne ne vit plus. La tête est coupée. Comme si ce sont les gens qui l'ont amarrée et ils ont pris la tête. Je ne sais pas pourquoi. Ils ont coupé les pieds. Ils l'ont laissée là ».</p>	<p>G K H <input type="checkbox"/> Morcellement <input type="checkbox"/> Précaution verbale <input type="checkbox"/> Dévitalisation</p>
<p>Planche II 2'' « Je vois un blanc avec la tête en bas (D rouge inférieur), les pieds en l'air (Dd rouge supérieur) ». 1'50</p>	<p>« J'aperçois les jambes d'une personne qui est blanche (Partie reliant rouge haut extérieure et grande partie latérale) qui porte les chaussettes rouges. Ils l'ont coupé la tête et l'ont suspendu. Il y a le sang (Rouge dans les grandes parties latérales noires), même jusqu'à la tête ».</p>	<p>G FC' H (Dd FC Hd) <input type="checkbox"/> Morcellement → Sang</p>
<p>Planche III 50'' 1- « ça, je vois deux personnes, ils sont noirs ». 2- « ça, c'est le sang (Rouge extérieur, en haut). Ça aussi, c'est le sang » (Rouge médian). 3- « Ca c'est la tête, le cou, les bras, le corps, les pieds. 4- les talons, les chaussures » (Extrémité de la jambe). 3'</p>	<p>« Le noir, c'est notre peau. C'est ce qui est au niveau du cou (D gris). Ils sont habillés en noir pour identifier que ce sont des noires. Ce sont des femmes parce que je vois des chaussures. Elles ne sont pas vieilles ni filles ».</p>	<p>G K H Ban <input type="checkbox"/> C' D CF Sang D F+ Hd <input type="checkbox"/> Morcellement <input type="checkbox"/> Commentaire Dd F+ Obj</p>
<p>Planche IV 12'' « Ca là, je ne vois rien ». « Je vois que c'est un dessin qui est dessiné comme ça. Un simple dessin ». 1'50</p>	<p>« C'est à peu près comme des gens qui dansent le <i>mukudji</i> où on cache le visage pour qu'on ne puisse pas reconnaître la personne ».</p>	<p><input type="checkbox"/> Déni (G K (H)/Scène) <input type="checkbox"/> Clob → Masque</p>
<p>Planche V « Je ne vois rien ».</p>	<p>« Je vois comme si c'est l'oiseau qu'on appelle <i>Dupung</i> (Chauve-souris en langue <i>Ipunu</i>). Tu dois m'excuser, je ne sais pas comment on appelle ça en français. Ici, je vois comme si c'étaient ses pattes (D inférieur), ici c'est la tête (D supérieur) et ça ses ailes ».</p>	<p><input type="checkbox"/> Déni <input type="checkbox"/> Choc (G F+ A Ban) <input type="checkbox"/> Précaution verbale → Morcellement</p>

Planche VI (Regarde derrière la planche) « Ca aussi, je ne vois rien ».	« Je peux même dire que c'est une femme qui est habillée.... Ça, se sont les bras (Grandes saillies latérales). Ça, c'est la tête (Partie supérieure). Elle a une longue robe, genre la robe de mariage. Ça, se sont ses pieds (Crochets médians inférieurs), ça se voit légèrement ».	<input type="checkbox"/> Déni (G F- H) (D F+ Obj) <input type="checkbox"/> Défense maniaque <input type="checkbox"/> Formation réactionnelle (Dd F- Hd) <input type="checkbox"/> Morcellement
Planche VII « Je ne vois rien ».	« Je vois les nuages ».	<input type="checkbox"/> Déni (G EF Frag)
Planche VIII 3' « Ça, je vois deux animaux. Voici les mains, ses bras ». 1'	« C'est le porc-épic ou le hérisson. Ça doit être le hérisson parce qu'il n'a pas de piquants. Ils grimpent pour manger quelque chose, même l'herbe ».	D F+ A Ban (D F- A) <input type="checkbox"/> kan
Planche IX « Ça aussi, je ne vois rien ».	« Je ne vois rien »	<input type="checkbox"/> Déni
Planche X- (Regarde derrière la planche) « Ca aussi, je ne vois rien ».	« Je ne vois rien. Je vois seulement les couleurs du Gabon ».	<input type="checkbox"/> Déni <input type="checkbox"/> Symbole

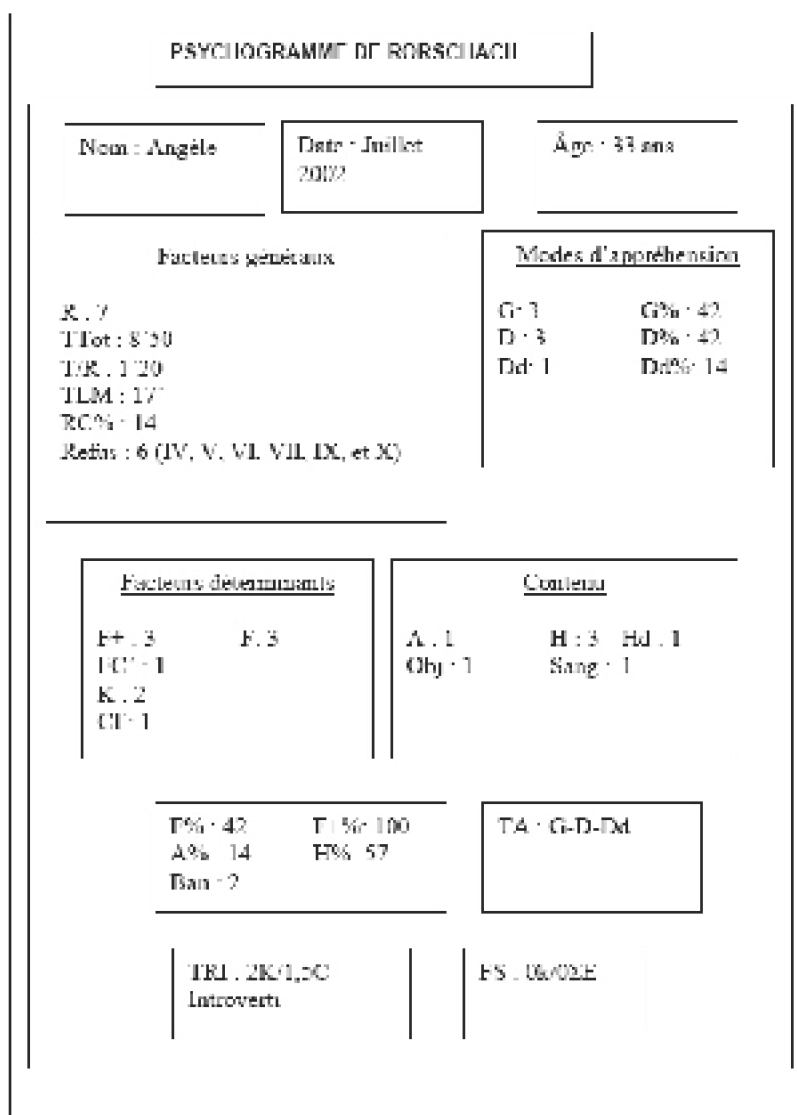
Choix + : III et VIII

III : « J'ai aimé à cause des couleurs rouges. Ça me dit que c'est le sang de Jésus ».

Choix - : I et II

I : « Je n'aime pas parce qu'elle n'a pas de tête et on l'a amarré et elle est habillée aussi en noir ».

2.1. Psychogramme



2.2. Analyse du Rorschach

A la **première planche**, Angèle donne une réponse est précédée d'une précaution verbale. Et la représentation donnée, morcelée : « Une personne debout qui n'a pas de tête... », exprime une dévitalisation. A l'enquête, la réponse est plus précise : « la personne ne vit plus. La tête est coupée... ». Cette représentation montre la présence d'une angoisse de morcellement chez le sujet contre laquelle le sujet essaie de lutter. La deuxième partie de la réponse : « ...et les mains sont comme ça... », signe d'adoration ou de pardon demandé à Dieu, exprime le type de fonctionnement « choisi » par le sujet pour lutter contre l'angoisse : la prière. Dans cette perspective, il convient de noter qu'avant son hospitalisation, Angèle était devenue chrétienne. Pour cela, elle allait à l'église prier. Depuis qu'elle est stabilisée, elle effectue des sorties les week-end au cours desquelles elle se rend à l'église prier.

A partir de cette planche, on peut aussi noter l'importance de la persécution. Il y a

d'une part les « gens » persécuteurs, méchants, bourreaux « qui l'ont amarré et ils ont pris la tête » et d'autre part la victime dans un état d'impuissance. Mais quelle relation cette problématique peut-elle avoir avec le sujet ? En effet, il y a un an environ, Angèle avait perdu un de ses frères aînés qui avait été retrouvé assassiné au cours d'une partie de chasse. L'histoire ne dit pas s'il avait été retrouvé sans tête. Si c'est le cas, cela était probablement lié à un sacrifice. D'ailleurs, l'oncle maternel aurait été accusé comme étant l'auteur de ce sacrifice à des fins de carrière politique et sociale car il est sénateur.

Ainsi, s'agit-il d'une propre angoisse de morcellement du sujet ? Quelle résonance ce sacrifice a chez le sujet ? Autrement dit, ce sacrifice, très courant chez les hommes de pouvoir dans la société gabonaise, est-il un moyen pour le sujet de symboliser sa propre angoisse de morcellement ?

La **planche II** est de nature à déterminer une interrogation, un tâtonnement, un malaise, une hésitation ou encore une sorte de crispation. Cette planche se prête mal à une réponse globale (G) car elle porte en elle une sorte de dualité venant du contraste violent et inattendu du rouge et du noir, bien que le rouge du bas se trouve en voisinage immédiat et paraît même s'enfoncer dans la masse noire. Cette masse, à cause de cette dimension, s'impose en premier lieu et devrait ainsi déterminer l'ordre des réponses, en partant du noir au rouge et non pas l'inverse. Il y a ici un élément sensoriel, au sens où il y a une forme, un mouvement. Mais la forme est lourde, pesante ; le mouvement l'est de même. La réponse rouge est très présente à cette planche. Le détail intramaculaire est trop visible pour qu'on passe outre.

Si le rouge passe à la place du rouge, il y a une impulsivité primitive se traduisant de cette manière et qui efface la sensorialité de planche. Par ailleurs, on peut noter une indifférence dans le sens où le sujet ne voit pas le rouge. Ce qui entraîne une suppression des réactions affectives, de la sensorialité de la planche.

Dans cette planche, le malaise est déterminé par des images d'ordre sexuel. En effet, le rouge inférieur évoque l'image du vagin. Tandis que le détail supérieur pourrait correspondre à l'organe sexuel masculin. Ces images sont soit exprimées, soit refoulées, d'où le malaise. A cette planche, il y a une opposition entre le refoulement lié au choc initial et les tendances impulsives qui se révèlent dans la nomination des couleurs. Ce qui peut entraîner une inhibition qui pourrait être levée soit à l'enquête, soit par un travail psychothérapeutique.

A cette planche II, Angèle donne une représentation portant sur la couleur de la peau, contrairement à la première passation. Après une réponse globale, les justifications sont apportées à l'enquête par les détails : « J'aperçois les jambes d'une personne qui est blanche qui porte les chaussures rouges ». A la suite de cette description de la représentation, il y a une persévération de la réponse donnée à la planche I. Les réponses détails confirment la présence d'une angoisse de morcellement à laquelle s'ajoute un mouvement projectif. Ce qui permet de noter que la tentative de maîtrise de l'angoisse de morcellement a fini par échouer à la fin de la réponse.

La **planche III** est accueillie généralement avec beaucoup de soulagement car à la planche précédente, il y a eu une inhibition. Le malaise, la tension propres à la planche II disparaissent instantanément et font place à un climat de détente. Certes, il y a aussi du

rouge mais il s'éloigne du noir. Le sujet acquiert son indépendance propre tout en participant à l'atmosphère de légèreté signalée plus haut. Contrairement aux planches précédentes, le renversement de la planche III provoque un changement de la nature du climat qu'elle dégage. En effet, elle se compose des parties dont chacune se prétend à une réponse particulière.

A cette planche III, Angèle focalise sa représentation sur les détails. La couleur noire a un effet sur le sujet. A côté de la réponse banale, s'ajoute cette couleur dépressive exprimant une certaine angoisse. Celle-ci se manifeste par un mécanisme d'isolation de la couleur rouge : « ...ça, c'est le sang. Ça aussi, c'est le sang... ». L'évocation de la couleur rouge, du sang, montre une certaine agressivité chez le sujet.

La troisième et la quatrième réponses sont aussi perçues dans le détail. Ce qui peut exprimer l'incapacité du sujet à percevoir la réponse dans sa globalité, à cause de l'angoisse que ça peut susciter. Alors, le sujet utilise des détails oligophréniques. Lorsque les réponses humaines sont perçues, aucun lien n'existe entre eux. Il s'agit du mécanisme d'isolation.

La **planche IV** se caractérise par deux éléments : un sensoriel dans le sens de poilu, velu, peau de bête, tapis, etc. A cette dimension, vient s'impliquer un élément menaçant (monstre, gorille, diable, ogre, etc.). Cette planche fait partie des planches où l'ambiance change quand on les retourne. En effet, il y a une indifférence d'atmosphère considérable quand on retourne la planche. Dans la position droite, il y a une densité très forte. Dans la position renversée, cela donne un caractère de légèreté.

A cette planche IV, Angèle exprime un refus se caractérisant par une dénégation. Ce qui constitue un choc pour le sujet. De la même façon qu'à la première passation, le choc est présent. A cette différence qu'il existe maintenant un commentaire qui n'apporte aucune information supplémentaire. A l'enquête, il y a une réponse qui est donnée. Celle-ci fait référence à une scène où il existe un masque ayant la capacité de faire peur : « ...mukudji où on cache le visage pour qu'on ne puisse pas reconnaître la personne... ». Cependant, le sujet ajoute le caractère amusant et festif du masque pour pouvoir dédramatiser son angoisse : « ...des gens qui dansent le *mukudji*... ». Ce mécanisme maniaque vient en quelque sorte annuler la représentation « peur » de la réponse antérieure.

La **planche V** est la plus simple de toutes les planches. Elle donne lieu à des réponses globales. La partie du milieu rappelant le corps contraste avec les autres qui sont en mouvement. Cette planche est très précieuse pour les patients psychotiques, si les réponses comme chauve-souris, papillon n'y sont pas. Cette planche est tellement simple qu'il lui faut trouver des réponses autres que celles-là.

A cette planche V, l'angoisse vécue à la planche précédente est tellement puissante que Angèle va réussir à s'exprimer plus fortement aux planches suivantes. On note alors un mécanisme de refoulement manifeste dans la verbalisation : c'est la dénégation. Contrairement à la première passation, l'inhibition va être levée aux enquêtes à la deuxième passation. A l'enquête, le sujet donne une réponse banale, en sa langue maternelle. La représentation est perçue dans sa globalité. Ensuite, suivent des précisions. Cette situation peut signifier l'existence d'une identité ou d'une image de soi

pas très stable.

La planche VI est réputée pour être une des plus difficiles. On note des répartitions selon les masses. La position renversée est plus simple et homogène.

A cette planche VI, on note un choc. A l'enquête, Angèle donne une représentation humaine de mauvaise qualité formelle. La représentation est d'abord perçue globalement ; ensuite, le sujet essaie de se rattraper en donnant les précisions de sa réponse. Dans ces réponses de précision, on peut noter des défenses maniaques ou des formations réactionnelles : « ...elle a une longue robe, genre la robe de mariage ». De même, la représentation « robe » peut renvoyer à une attitude régressive à l'origine alors de la défense maniaque ou de la forme réactionnelle. A travers la robe, peut aussi se poser chez le sujet la question du Moi-peau, celle des limites.

A force d'aller dans des précisions, le sujet fait ressortir des découpes de mauvaise qualité formelle. Ce qui suscite de plus en plus l'angoisse de morcellement. Ainsi, à cette planche, peut-il y avoir déni de la représentation sexuelle par le sujet ?

La **planche VII** se décompose en trois parties distinctes dont chacune présente un caractère particulier. La partie supérieure est interprétée par des sujets ayant un bon contact avec la réalité. Les individus plus différenciés tiennent compte des détails supérieurs. Il y a la partie médiane et le troisième tiers inférieur.

A la planche VII, Angèle exprime une persistance de l'angoisse du sujet, à l'origine de l'absence de réponse. A l'enquête, la représentation est perçue dans sa globalité. Cette réponse soulève la difficulté qu'a le sujet à appréhender l'image de soi et le monde extérieur. Ce qui pose la fragilité de l'identité du sujet en tant que femme.

La **planche VIII** est la première des trois planches polychromes. C'est la planche d'entrée dans l'affectivité disait Rorschach. A cette planche, il peut y avoir des chocs à la couleur à l'origine d'une inhibition. Lorsqu'il n'y pas de réponse, on peut suggérer des figures à l'enquête.

A la planche VIII, Angèle donne une réponse banale. Elle est d'abord perçue dans sa globalité. Ensuite, on note des détails. Ce qui peut renvoyer à un morcellement de l'image du corps ou à une difficulté à saisir l'image de soi dans son entièreté. Cette situation a des conséquences chez le sujet, à l'origine de sa difficulté à s'identifier à un objet, comme le montre l'enquête : « ...c'est le porc-épic ou le hérisson. Ça dit être le hérisson parce qu'il n'a pas des piquants ». Cette réponse permet de noter une hésitation chez le sujet, exprimant la présence d'une angoisse. Peut-elle renvoyer à l'hésitation dans le mouvement activité/passivité ?

Dans la réponse du sujet, il y a un mouvement pulsionnel présent par le verbe « grimper ». Il s'agit d'une kinesthésie « ascendante ». De même, il y a un léger mouvement pulsionnel à connotation orale. La kinesthésie ascendante montre la difficulté qu'a le sujet à avoir des relations horizontales avec son environnement.

La **planche IX** est bien plus difficile que la précédente. Elle offre une polychronie pour les patients qui sont plongés dans une image névrotique. A cette planche, il y a un choc couleur lié à la persévération qui prend une tournure négative.

Aux **planches IX et X**, il y a la présence des refus se caractérisant par des

mécanismes de déni. Le sujet ne donne aussi aucune réponse aux enquêtes. S'agit-il des effets de couleurs des planches ? Ou est-ce lié à la peur du sujet d'être envahi par l'angoisse de morcellement manifeste à la planche X ? Mais les commentaires donnés à l'enquête de la planche X est symbolique car le sujet fait allusion à des références personnelles : « Je vois seulement les couleurs du drapeau du Gabon (vert, jaune et bleu) ». Ce qui peut constituer une réponse-écran pour lutter contre son angoisse.

3. Protocole et analyse du TAT

A ce niveau, il s'agit de faire l'analyse et l'interprétation des protocoles du TAT obtenu chez la patiente.

Planche 1 : 5" « Un gars qui avait sa guitare et la guitare s'est cassée et voilà comment il est soucieux. Il va chercher à réparer ça. Il y a foutu et être en panne. Il va chercher à réparer, s'il ne peut pas, il va jeter....(?)...Ca se voit qu'il ne veut plus continuer et ce sont ses parents qui le forcent de continuer à jouer le violon. Il ne veut plus parce que ce n'est pas adapté à lui. Il veut essayer d'autres instruments de musique comme le piano ». 1'

Procédés : Après un court temps de latence, le sujet commence par un récit proche du contenu manifeste (A1-1, gars, guitare), suivi d'une fausse perception liée à une altération de l'objet (E1-4, guitare cassée), à l'origine de l'expression d'un affect minimisé (A3-4, « soucieux »). On peut noter aussi la présence d'une idéalisation de type mégalomane (E2-2, chercher à réparer). L'introduction des personnages (B1-2, parents) entraîne chez le sujet un investissement de la relation, avec un accent porté sur les désirs et représentations contrastés, ceux des parents et les siennes (B2-3, forcent de continuer à jouer le violon ; guitare/piano).

Planche 2 : 3" « Ici, ça représente.... Cette femme-là, elle doit être chrétienne. Je vois comme si c'était la bible qu'elle a dans ses mains. Et sa manière de s'habiller, elle est comme chez nous, comme si elle était branamiste (Branam). Elle n'a pas de bijoux. Elle porte une longue robe. Et puis, celle-là, je vois comme si elle est en grossesse. Elle est aussi habillée comme nous. Comme si c'étaient des chrétiens. Je vois un homme qui est habillé et qui n'a pas de haut ; il a un pantalon. A côté de lui, il y a un cheval. Et puis, on dirait que l'homme-là est en train de travailler..... Un jour de dimanche, tous les chrétiens doivent aller à l'église. Cet homme a deux femmes. Il y a une qui va à l'église et l'autre non car elle écoute ce que son mari lui dit. Elle n'aime pas l'église et elle est en grossesse. Son mari est en train de faire le jardin et la femme est là. Comme elle est en grossesse, peut être c'est la fatigue, elle assiste encore...Ca ressemble à un paysage romain ». 4'

Procédés : Après un court temps de latence, la description de la réalité externe (A1-1, femme chrétienne, homme, femme en grossesse) est précédée par une précaution verbale (A3-1, « ça représente »), puis d'un silence dérapant sur des perceptions sensorielles (E1-3, « je vois ») précédée par une précaution verbale (A3-1, « comme si ») La description des détails (A1-1, « livre ») se fait avec altération de la perception (E1-2, E1-3, bible, manière de s'habiller, pas de bijoux) et de référence culturelle (A1-4, « ...à l'église.), montrant un certain investissement de la réalité interne (A2-1, « chrétienne »). Dans ce sens, l'accent est mis sur l'éprouvé subjectif et les références personnelles

(CN-1, « ...Et sa manière de s'habiller, elle est comme chez nous, comme si elle était branamiste... Elle est aussi habillée comme nous. Comme si c'étaient des chrétiens») et sur les relations interpersonnelles (B1-1, « Cet homme a deux femmes... »), avec des évocations des désirs contrastés (B2-3, « ...Il y a une qui va à l'église et l'autre non.... Elle n'aime pas l'église... »). Le récit se termine par un autre remâchage (A3-1, « comme si elle est en grossesse ») et une référence à la réalité externe (A1-1, A1-4, « un paysage romain »).

Planche 3 BM : 6'' « Je vois comme si c'était une femme assise, comme si elle a des problèmes. C'est une blanche. Comme si c'était la même femme qui restait avec son mari... Je vois comme si elle pleurait. Comme si c'est la femme qui ne voulait pas aller à l'église. Elle a eu des déceptions avec le mari. Là, elle regrette....(?)...L'enfant voulait peut être faire une chose qu'il aime bien et que les parents n'ont pas voulu. Je crois que ça va s'arranger. Peut être que les parents trouvent que ce n'est pas bon pour lui. Mais l'enfant ne veut pas comprendre parce qu'il aime bien faire cette chose-là.». 2'

Procédés : Le récit commence une description de la réalité (A1-1, « femme assise ») qui est précédée d'une précaution verbale (A3-1, « comme si ») et d'un appui sur le sensoriel (CL-2, « je vois ») montrant une difficulté de fantasmatisation. Puis, il y a un investissement de la réalité interne, avec expression des conflits intra-personnels, avec un doute (A3-1, A2-4, « comme si elle a des problèmes »). Le sujet s'appuie sur une description de la réalité externe, apportant une précision (A1-2, « C'est une Blanche »). Il s'en suit une projection massive se caractérisant par une persévération, un minimum de contrôle et un silence (A3-1, E2-1, « Comme si c'était la même femme restait avec son mari... »). La suite montre une dramatisation avec l'expression des affects forts précédée d'un appui sur le sensoriel et d'une précaution verbale (CL-2, A3-1, B2-2, « Je vois comme si elle pleurait). Il y a une projection massive du sujet basée sur la persévération avec expression des affects (E2-1, B2-1, « Comme si c'est la femme.... Elle a eu des déceptions, elle regrette »). On note aussi l'introduction des personnages non figurant sur l'image (B1-3, « le mari »).

La projection massive aboutit à une confusion des identités (E3-1, Le femme, l'enfant) et l'introduction d'autres personnages dans le récit (B1-3, les parents), avec une expression des désirs contrastés (B2-3, « L'enfant voulait peut-être faire ce qu'il aime bien et que les parents n'ont pas voulu »).

Planche 4 : 3'' « La même histoire qui continue. Je vois comme si le mari voit maintenant bien les choses et reprendre celle qui partait à l'église et accepter aussi le seigneur. Derrière, c'est celle qui était en grossesse. Elle regrette le mari que l'autre a déjà pris. Elle est maintenant seule....(?)...Les deux étaient amoureux. Mais il me semble qu'elle va finir par lui expliquer, ensuite ils vont reprendre.». 2'40

Procédés : On note une persévération (E2-1, « La même histoire continue »), avec une projection massive (E2-1), un appui sensoriel (CL-2, « je vois ») avec précaution verbale (A3-1, « comme si »). On note aussi la référence culturelle ou religieuse (A1-4, le Seigneur). Il y a une description de la réalité, avec précision de la position (A1-2, « derrière ») avec une projection massive et une persévération (E2-1, « c'est elle qui était en grossesse »). On note un remâchage (A3-1, « Elle regrette le mari que l'autre a déjà pris »). La fin du récit se termine par l'investissement des relations interpersonnelles

(B1-1), avec un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1, « Les deux étaient amoureux. Mais il semble qu'elle va finir par lui, ensuite ils vont reprendre »).

Planche 5 : 4'' « Ici, c'est le foyer de la femme en grossesse. Elle attend le mari. Il ne vient plus. Elle est maintenant seule.....20''. Comme si elle ne voit plus le mari. Elle veut voir quelque chose, comme si c'est le mari qu'elle attend....(?)...C'est une dame qui a une déception, peut être qu'elle a trouvé le mari avec une autre femme et peut être qu'elle veut refermer la porte complètement et repartir ». 4'

Procédés : Le récit commence par une projection basée sur une fausse perception (E2-1, E1-3, « c'est le foyer de la femme en grossesse »). Puis, il y a introduction d'un personnage et investissement des relations interpersonnelles, avec un long silence (B1-1, B1-2, « Elle attend le mari ; il ne vient plus ; elle est maintenant seule... »). Il s'en suit une émergence de la projection massive avec des précautions verbales aboutissant à la représentation de la déception (E2-1, A3-1, B2-4, « Comme si elle ne voit plus le mari...peut-être qu'elle a trouvé le mari avec une autre femme... »).

Planche 6 GF : 4'' « Comme si c'est celle qui partait à l'église. Et le mari veut partir chez elle. La femme est étonnée de voir comment l'homme est venu chez elle alors qu'il aimait celle qui était en grossesse et qui ne partait pas à l'église... Le mari a la pipe. A l'église, on ne fume pas. On dirait que la femme ne veut pas la recevoir car l'homme n'est pas encore converti, délivré car il a encore la pipe. A l'église on ne fume pas....(?)...Le jeune homme va faire ce qu'il veut car il a la conviction de le faire ». 1'50

Procédés : Le récit commence par une persévération (E2-1) de l'histoire précédente. L'accent est porté sur les relations libidinales entre la femme et le mari, avec expression d'affects (B1-1, B1-3). La description de la réalité (A1-1, « Le mari a une pipe ») aboutit à l'expression des représentations et des désirs contrastés (B2-3, « A l'église, on ne fume pas. On dirait que la femme ne veut pas le recevoir car l'homme n'est pas converti, délivré car il fume... »).

Planche 7 GF : 1'' « La femme qui était en grossesse a accouché et sa fille est déjà grande, comme si le mari ne s'occupe d'elle et son enfant ». 1'50

Procédés : Le récit s'organise autour de la description de la réalité avec introduction d'un personnage et une projection (A1-1, B1-2, E2-1).

Planche 9 GF : 2'' « Comme si la femme a déjà compris, en voyant les misères qu'elle passe avec l'enfant, elle a compris qu'il faut aller à l'église avec sa fille. Puisqu'elle a vu que le mari va maintenant à l'église ». 2'

Procédés : Le récit commence par une précaution verbale (A3-1, « comme si ») qui précède une projection, avec la persévération et inadéquation par rapport au stimulus (E2-1) et une fausse perception (E1-3, la femme et sa fille). A travers ce récit, l'accent est porté aussi sur la fonction d'étayage (CM-1).

Planche 10 : 2'' « Là, l'homme s'est déjà converti et il est maintenant ensemble avec celle qui allait à l'église ». 1'50

Procédés : Il y a investissement de la relation libidinale entre l'homme et la femme (B1-1), avec une référence culturelle ou religieuse (A1-4) comme ayant permis cette mise en relation.

Planche 11 : 2'' « Je ne vois rien. Je vois comme si c'étaient des cailloux ». 20''

Procédés : Le récit repose sur une description de la réalité (A1-1), avec un appui sur le sensoriel (CL-2, « je ne vois rien...je vois.. »), accompagnée d'une précaution verbale (A3-1, « comme si »).

Planche 13 MF : 5'' « Celle-là...C'est comme s'il fait matin. Il a dormi chez la chrétienne. Il pense aux choses qu'il faisait avant. Je vois une femme couchée. Comme s'il est réveillé pour aller à l'église. Je vois la cravate ». 2'

Procédés : A peine le récit commencé, qu'il est ponctué d'un silence à l'issue duquel s'en suivent une précaution verbale et une précision temporelle (A3-1, A1-1). On peut noter la présence d'un mécanisme d'isolation (A3-4), avec une référence culturelle ou religieuse (A1-4). Puis, il y a une projection due à la recherche de l'intentionnalité de l'image (E2-2), avec l'expression des commentaires personnels (B2-1). Il y a description de la réalité externe (A1-1, « femme couchée ») reposant sur un appui sensoriel (CL-2, « je vois »). Le récit se termine par une projection, avec inadéquation du thème au stimulus (E2-1, « ...il est réveillé pour aller à l'église », précédée d'une précaution verbale (A3-1). Il y a une fausse perception reposant sur un appui sensoriel (CL-2, E1-3, « Je vois la cravate »).

Cependant, on peut noter un scotome (E1-1) par rapport à la nudité de la femme qui n'est pas évoquée. Ce qui entraîne chez le sujet une formation réactionnelle se caractérisant par le fait d'aller à l'église.

Planche 19 : 15'' « Je ne vois rien. ». 20''

Procédés : Il y a scotome de l'image et le sujet s'appuie sur le sensoriel (E1-1, CL-2). Il s'agit d'une tendance à l'inhibition (CI-1).

Planche 16 : 2'' « Je vois le blanc, la couleur blanche. C'est l'histoire-là qui continue. La fin de l'histoire se trouve sur ce papier. Un homme qui avait deux femmes, une partait à l'église et l'autre non. Celle qui partait à l'église, c'est celle-là qui a gagné le mari. ».

Procédés : Le récit commence un appui sensoriel (CL-2) avec description de la réalité externe (A1-1). Il y a un remâchage de l'histoire (A3-1, B2-1) qui est à rebondissement. Il y a chez le sujet un investissement de la réalité interne se caractérisant par un recours au fictif (A2-1), avec un accent mis sur l'introduction des personnages et sur les relationnelles interpersonnelles (B1-2, B1-1) et des représentations et des désirs contradictoires (B2-3).

Cas n° 2, Pierre, 21 ans

1. Résumés des éléments d'anamnèse et d'entretien

1.1. Présentation

Elève en 1^{ère} F3 et âgé de 21 ans, Pierre a été conduit en psychiatrie pour la deuxième fois suite à un épisode délirant aigu accompagné des troubles du comportement,

agressivité verbale et physique. Six mois plus tard, il est rencontré dans un état de relative stabilité.

1.2. Anamnèse

Pierre est le quatrième d'une fratrie de neuf enfants utérins (dont trois sont décédés : deux filles et un garçon : l'aînée, et deux de ses cadets). Fang d'origine (Estuaire) par sa mère, Pierre s'est rendu au cours de quelques vacances scolaires dans le village de celle-ci ; il habite avec sa mère. Il n'est pas initié mais est un fervent croyant catholique depuis sa naissance ; il a été baptisé à l'âge de 6 ans. Pour cela, Pierre a une vocation qui est celle de devenir religieux.

Pierre vit avec sa mère et certains de ses frères sœurs ; il n'a jamais connu son père géniteur mais considère un ex-amant de sa mère comme son père géniteur. De temps en temps, il se rend à son domicile, s'y installe. Ce que la mère ne supporte pas et refuse. Ce qui constitue alors un point de tension entre les deux. Au-delà de ce fait à l'origine de cette tension, Pierre accepte avoir consommé de la drogue (chanvre et alcool...).

1.3. Histoire de la maladie

L'histoire de la maladie de Pierre remonte, il y a environ six mois. Sa mère avait noté des comportements solitaires, d'agressivité de la part de son fils. Il n'aimait plus le bruit et s'enfermait dans sa chambre qu'il n'ouvrait à personne. Les interpellations de la mère et de ses frères n'arrangeaient rien. Face à ce qu'il considérait comme des persécutions de la part de sa mère et ses frères aînés, Pierre trouvait refuge dans sa chambre où il s'enfermait des jours entiers pour prier, jeûner, manger. Il sortait rarement au point d'oublier d'aller au Lycée. L'inquiétude de la mère grandit un jour quand elle réussit à rentrer dans sa chambre à son absence et découvre des bougies allumées dont la fumée empestait toute la maison. Sur les murs de la chambre, il y avait aussi des nombreux posters à l'effigie de Jésus-Christ, des bibles, des croix, etc.

Au cours de cette réclusion, le comportement de Pierre avait complètement changé. Il était devenu solitaire, passait le temps en train de prier, faisait de bonnes actions (allait travailler à l'église) pour changer son quotidien qui était devenu infernal à la maison. Dans cet isolement, Pierre n'adressait plus la parole à personne. Suite aux propos malveillants de sa mère, il devenait agressif verbalement. C'est ainsi que face à cette situation, sa mère et ses frères l'amènèrent à l'hôpital psychiatrique de Mélen où il reçut des injections et des comprimés.

Après une période d'accalmie, Pierre sort de l'hôpital et repart à la maison chez son frère aîné où il essayera de suivre son traitement. De là, il va être conduit chez des pasteurs dans les églises éveillées et chez les *nganga*. Mais à cause de son appartenance à la religion catholique, Pierre refuse d'y aller. Ajouté à la « maltraitance » qu'il pense subir (absence de sorties, ne mange comme et quand il veut) de la part de son frère aîné, Pierre s'enfuit de la maison pour aller habiter chez sa tante maternelle. Mais il n'y mettra pas assez de temps car il ne voudra pas partager la même chambre que son cousin. Ce qui ne l'« aidait pas à se concentrer lors de ses méditations ». Pour cela, il va s'installer au monastère (Communauté des Béatitudes Marie-Reine à Sainte Marie).

Environ deux mois après sa première consultation en psychiatrie, Pierre accepte de repartir à la maison accompagné par sa mère et par ses frères qui lui promettent de bien s'occuper de lui. Seulement, il va être conduit à nouveau par sa famille en psychiatrie où il sera hospitalisé. Mais Pierre ne comprend pas cette décision car, selon lui, il se sentait déjà mieux au monastère où il y avait le calme, la paix. Depuis son hospitalisation, Pierre prend de l'Aldol, de l'Argactil, etc. et il semble aller « mieux ».

1.4. Les causes de la maladie

Pierre attribue l'origine de sa maladie aux persécutions liées aux propos de malédiction dont il est victime de la part de sa mère. Ces persécutions reposent sur le fait que sa mère n'a jamais accepté que Pierre devienne religieux. « Les parents ne voulaient pas que je devienne diacre. Je priais dans la chambre et cela ne leur plaisait pas. Pour eux, les prêtres font des sacrifices. Ma mère voulait que je travaille et que je lui fasse des petits-fils. Ma mère, mes grands-frères me faisaient des reproches et c'est tout cela qui a causé ma dépression ».

Pour Pierre, le refus de la mère pour la prière est liée aux « pratiques diaboliques » liées à la sorcellerie qui l'anime. Et il l'accuse de faire semblant d'aller dans les églises éveillées alors que c'est une sorcière. C'est à cause de toutes ces activités mystiques qu'il se met à prier pour protéger la maison. Alors que la mère s'inquiète du comportement de Pierre et l'accuse de « faire de la magie » et d'appartenir à une secte (La Rose Croix) qui pourra lui demander de faire des sacrifices.

2. Protocole de Rorschach

PROCESSUS DE SYMBOLISATION ET APPARTENANCES CULTURELLES.

Planche I- (Regarde derrière la planche) 12'' « Je ne sais pas ». « C'est un peu comme quelque chose...une radiographie brouillée. On ne voit pas vraiment les côtes, mais ça la forme des côtes ». 2'	« C'est la forme de cette partie-là, la partie supérieure. Ca, c'est comme les épaules (D supérieur) et ici comme si c'est les côtes (D inférieur) ».	→ Dénégation G F+ Radio/Anat
Planche II- (Regarde derrière la planche) « ça ressemble un peu à ça. Mais ça, c'est la suite ».	« C'est la suite de l'image. Ça montre comme si c'était cette partie-là, le ventre, le vide-là où il n'y a pas les os (Dbl intérieur) ».	→ Persévérance (Dbl F-Hd) → Ostéo → Précaution verbale
Planche III 11'' « On dirait deux personnes qui sont en train de faire des choses dans les Calebasses. Je ne sais pas ce qu'il y a autour (Rouge extérieur, en haut) ». 2'	« C'est comme s'ils font de la préparation dans les Calebasses ».	G K H Ban → C
Planche IV 20'' ^ V ^ « ça peut avoir la forme d'un insecte nocturne qui est fait en noir ». 1'15	« Ca la forme de certains insectes nocturnes, de gros insectes nocturnes ».	G F Clob A → Précaution verbale → C'
Planche V 9'' « ça ressemble à une chauve-souris, un animal ». 45''	« C'est une chauve-souris qui est en plein vol ».	G F+ A Ban → Précaution verbale - (G Kan A)
Planche VI « C'est la symétrie de l'image-là ».	« Je vois que c'est une image qu'on a reproduite mais je ne sais pas de quoi il s'agit ».	→ Symétrie
Planche VII (Regarde derrière la planche) 20'' ^ V ^ « On dirait que ça c'est la radiographie des reins ». 45''	« Je pense que ce sont les reins. C'est une radiographie des reins et la partie supérieure, c'est ce qui se voit ».	G F- Radio/Anat → Précaution verbale
Planche VIII ^ V ^ « Je ne sais pas de quoi il s'agit. C'est une image reproduite comme une symétrie ».	« Ça peut être l'arrière d'un crâne prise en radiographie ».	→ Symétrie (G F- Radio/Anat)
Planche IX « C'est en couleur. Je ne sais pas de quoi il s'agit ».	« Ça peut être quand on voit par l'arrière. Ca les reins (Partie rose entière, en bas),	→ Dénégation → C (D F- C Anat) → Précaution verbale (D F+ Anat) (D/Dbl

	la colonne vertébrale (Grand axe médian) et les os (Grande lacune et parties brunes latérales) ».	F- Ostéo/Anat)
Planche X « Je ne sais pas ». V.	« Je ne sais pas. Peut être que c'est comme les autres images-là reproduites ».	→ Dénégation → Précaution verbale → Symétrie

Choix + : III et IX

III : « J'aime parce que les gens sont en train de travailler. Et c'est beau à voir. C'est comme un petit tableau d'art ».

IX : « C'est beau à voir en couleurs comme ça ».

Négatif - : IV et V

IV : « C'est un insecte nocturne et la plupart des insectes nocturnes sont nuisibles »

V : « C'est une chauve-souris, animal nocturne. Ça symbolise le vampire, animal nuisible ».

2.1. Psychogramme

PSYCHOGRAMME DE RORSCHACH		
Nom: Pierre		Date: Juillet 2005
		Âge: 26 ans
Facteurs généraux		Indices d'impulsivité
R: 5		G: 5
TTot: 7'13		CP%: 100
TR: 1'35		
TLM: 14'03		
EC%: 0		
Réfés: II, VI, VIII, IX et X.		
Facteurs déterminants		Contenu
F: 3		A: 2
F: 1		II: 1
FCIob: 1		Rudlogogène: 2
F%: 80		F4%: 15
A%: 10		II%: 20
Fm: 3		TA: G
TMI: 13/00		IS: 06/00
Luroverti		

2.2. Analyse du Rorschach

A la **planche I**, on peut noter un signe de méfiance chez le sujet (regarde derrière la planche) ou encore une dénégation : « Je ne sais pas ». Ces signes montrent l'existence d'une angoisse chez le sujet. A tel point que la réponse donnée est précédée d'une précaution verbale, d'une minimisation et d'un aspect vague : « quelque chose » que le terme brouillée confirme.

La réponse est vue dans son ensemble et le sujet arrive à donner des détails à l'enquête. Ici, la réponse donnée fait allusion au mécanisme d'intellectualisation ; le sujet fait référence à des connaissances scientifiques. Il est à rappeler que Pierre est élève en série scientifique.

Par rapport à la symbolique de la planche, le sujet peut être confronté à des difficultés par rapport aux relations précoces, aux objets précoces, notamment la mère. Par cette réponse d'ordre scientifique, le sujet essaie de rechercher de façon anxieuse

l'affection de ses premiers objets en se cachant derrière un masque intellectuel.

A la **planche II**, il existe une persévérance de la première planche. Sauf qu'à l'enquête, une réponse est donnée ; elle met en relief le doute du sujet.

A la **planche III**, la réponse du sujet est banale et élaborée. Ce qui montre une certaine maîtrise de l'angoisse et une capacité d'association de la part du sujet. Par rapport à la symbolique de la planche, le sujet semble avoir atteint la période oedipienne sans difficulté, montrant ainsi une certaine capacité d'identification à l'objet.

En revanche, la non interprétation ou la dénégation de la couleur rouge exprime une difficulté pour le sujet à maîtriser son agressivité. Il y a dénégation de l'agressivité. Il existe, de ce fait, un mouvement pulsionnel de type agressif qui entraîne une formation réactionnelle chez le sujet. Le verbe d'action vague, imprécis (« en train de faire des choses ») devient à l'enquête : « de la préparation » ou encore « travailler » (Dans le choix positif).

A la **planche IV**, on note un retournement de la planche. Ce qui peut sous-tendre l'existence d'une angoisse chez le sujet. Le long temps de latence, la précaution verbale (« ça peut avoir la forme ») expriment bien cette angoisse du sujet. L'image est bien perçue dans son ensemble, peut-être pour essayer de maîtriser son angoisse.

D'un point de vue symbolique, le sujet peut avoir des difficultés d'identification par rapport à l'image phallique. Mais qui peut représenter ce phallus chez le sujet ? Quelles représentations le sujet a de cette image phallique ? Est-elle nuisible comme il l'exprime dans le choix négatif ?

Sur le plan familial, le sujet vit avec sa mère et ses frères et sœurs. Il n'a jamais connu officiellement son père géniteur. Mais il essaie de s'accrocher à une image paternelle qu'il investit et qui était le concubin de sa mère. Et qu'il considère comme son père alors que sa mère lui dit le contraire. Ainsi, cette planche est problématique pour le sujet.

A la **planche V**, la réponse donnée est banale. Ce qui montre une certaine construction de l'identité achevée du sujet. La réponse « animal » qui suit vient montrer une fragilité quant à cette identité. A l'enquête, la réponse donnée exprime un mouvement pulsionnel d'exaltation signifiant une certaine liberté par rapport à son identité.

Ainsi, la question est de savoir si le sujet se sent opprimé ? Ce qui revient à saisir quel est le poids de l'image phallique sur lui ? Quelles représentations se fait-il de son image de soi ? Est-il nuisible, vampireux comme il l'exprime dans son choix négatif ?

A la **planche VI**, de la même façon qu'aux planches précédentes, l'image est perçue dans sa globalité. L'absence de réponse à cette planche peut signifier une difficulté du sujet à se faire une représentation. Le commentaire du sujet porte sur le caractère symétrique de l'image. Du point de vue symbolique, cela peut renvoyer au double, c'est-à-dire à la question des représentations des relations. De ce fait, quels types de relation le sujet entretient avec l'objet ? Comment se caractérisent ces relations ? Est-ce que ces relations s'établissent sur le mode du déjà vu ?

Par ailleurs, la difficulté des relations à l'objet pose aussi celle de la relation à soi. Dans ce sens, existe-t-il une difficulté dans l'appréhension de son image de soi chez le

sujet ? D'un point de vue symbolique, cela pourrait signifier une difficulté pour le sujet par rapport aux représentations de l'image sexuelle.

A la **planche VII**, le long temps de latence, les retournements de la planche et le regard derrière la planche sont l'expression d'une angoisse chez le sujet. De même, la réponse est précédée d'une précaution verbale. Cette angoisse peut être aussi un signe de méfiance de la part du sujet.

La réponse est perçue dans sa globalité mais avec mauvaise qualité formelle. Ce qui montre une difficulté du sujet par rapport à l'objet maternel. Il existe chez le sujet une tentative anxieuse de recherche d'affection de l'objet maternel. Mais le sujet se cache derrière un masque intellectuel. La relation avec la radiographie pourrait aussi être liée au fait que qu'il a fait des radiographies notamment du thorax, pour pouvoir comprendre l'origine de son mal de poitrine lié certainement à la consommation des produits toxiques (cigarettes, alcool, chanvre, etc.).

A l'enquête, la réponse est divisée en deux parties : celle qui se voit et celle qui ne se voit pas. Cette dernière peut-elle être l'objet de méfiance ou d'une persécution ? Autrement dit, la mauvaise partie de l'image maternelle peut-elle être persécutrice ?

A la **planche VIII**, on note des retournements de la planche sous-tendant une certaine angoisse. Celle-ci se vérifie à travers les différents commentaires du sujet dans lesquels il y a une dénégation : « Je ne sais pas de quoi il s'agit ». De même, l'absence de réponse montre bien l'importance de cette angoisse.

Une fois de plus apparaît la question de la symétrie chez le sujet. Par rapport à la symbolique de la planche, il existe un problème de représentations de relations se caractérisant par une difficulté relationnelle avec le monde extérieur, mais aussi un problème de représentation de soi.

L'enquête montre que le sujet, une fois de plus, recherche anxieusement une affection de la part de l'environnement. Mais cette recherche se fait par l'intellectualisme. Il est à rappeler que le sujet va souvent rendre visite à un monsieur qu'il considère comme son père et qui était le concubin de sa mère. Alors que cette dernière ne veut pas qu'il y aille car, selon elle, il se comporte mal.

A la **planche IX**, il y a retournement de la planche accompagné d'un long temps de latence, suivi d'une dénégation et d'une absence de réponse. La réponse du sujet se limite à la perception des couleurs puis il s'ensuit une dénégation. Ne s'agit-il pas d'un effet intense des couleurs perçu par le sujet qui est à l'origine de cette augmentation du temps de réaction et de l'absence de réponse ?

A l'enquête, le sujet essaie de maîtriser l'objet mais avec des mauvaises qualités formelles en général, créant ainsi une incertitude chez lui qui peut se justifier par la précaution verbale de départ. Les réponses « anatomique » caractérisent cette planche. Quel est alors le problème que pose le sujet par rapport à son anatomie ?

A la **planche X**, le long temps de latence et la dénégation montrent la poursuite l'angoisse à cette planche. L'absence de réponse, même pas à l'enquête, montre la peur du sujet à se morceler. Par ailleurs, il peut aussi s'agir de l'effet des couleurs. Cependant le sujet pose aussi le problème de la symétrie. Ce qui montre toujours cette difficulté dans

les représentations des relations et des représentations de soi.

3. Protocole et analyse du TAT

Planche 1 : 3'' « C'est un enfant qui étudie à jouer au violon. C'est sûr qu'il doit avoir des difficultés à jouer. Comme si ce sont ses parents qui le forcent mais il ne veut pas, il est fatigué, il veut laisser ». 1' 20

Procédés : Le récit s'organise autour d'une description de la réalité (A1-1). En introduisant d'autres personnages (B1-2, les parents), le sujet met l'accent sur un conflit intra-personnel (A2-4) lié aux désirs contrastés (B2-3).

Planche 2 : 6'' « On dirait c'est dans un paysage grec. Ils sont en train de faire de construction. Il y a des champs autour. Il y a une étudiante ou une institutrice qui revient des cours. Il y a un homme qui hâte les chevaux. Il y a une autre paysanne qui surveille les champs. Je ne connais vraiment pas la suite. C'est une histoire amoureuse. On dirait que l'étudiante est éprise de l'homme qui hâte les chevaux ». 2' 30.

Procédés : Le récit commence par une description de la réalité avec une référence culturelle et précédée par une précaution (A3-1, A1-1, A1-4, « On dirait c'est dans un paysage grec »). On note aussi des références culturelle (A1-4, « une étudiante ou une institutrice ») et sociale (« une paysanne ») aboutissant à une dénégation avec une tendance à l'inhibition (A2-3, CI-1, « Je ne connais pas vraiment la suite ») suivi d'un mécanisme d'isolation entre les trois personnages évoqués (A3-4). Cette levée d'isolation aboutit à un investissement de la relation avec une expression des affects (B1-1, B1-3) précédée d'une précaution verbale (A3-1).

Planche 3BM : 4'' « On dirait un jeune enfant qui est entrain de pleurnicher dans la chambre suite à un refus des parents de ce qu'il voulait faire ou une discussion avec les parents qui s'est mal déroulée ». 1' 45

Procédés : Le récit commence par une description et une précision spatiale précédée d'une précaution verbale (A3-1, A1-1, A1-2, « dans la chambre ») avec expression d'un affect minimisé (A3-4, « pleurnicher »). Puis, le sujet, par l'investissement de la relation, en introduisant des personnages (B1-1, B1-2, « parents ») et en mettant l'accent sur les relations interpersonnelles, se situe dans une hésitation entre interprétations (A3-1), avec expression des affects (B1-3, « mal déroulée »).

Planche 4 : 3'' « C'est un homme et une femme qui sont amoureux. On dirait l'homme est fâché et la femme est train de le retenir parce qu'elle veut s'expliquer. La femme a dû faire quelque chose que l'homme ne s'attendait pas qu'il pourrait faire ».

Procédés : Le récit commence par une érotisation des relations (B3-2). Puis, il y a une mise en avant des désirs contrastés (B2-3) précédés par un doute (A3-1). Ce conflit est à l'origine d'un investissement de la réalité interne, avec un accent mis sur les conflits intra-personnels (A2-4), avec une tendance au symbolisme transparent (B3-2).

Planche 5 : 8'' « Là, il y a une femme qui regarde dans le bureau d'une personne, peut-être son mari parce qu'elle est en larmes. Peut-être une déception ». 1' 20

Procédés : Le récit commence par une description de la réalité (A1-1). Puis, il y a

introduction de personnage accompagnée d'une précaution verbale (A3-1 ; B1-2). L'introduction du personnage entraîne l'expression d'une projection, à l'origine d'un affect (E2-3, « ...elle est en larmes »), avec une représentation précédée d'une précaution verbale (A3-1, B1-3).

Planche 6BM : 10'' « On dirait c'est un jeune homme qui a eu une discussion avec sa parente.... C'est une famille noble. Il est résolu à faire ce qu'il doit faire. La femme doit être contre ». 2'

Procédés : Le récit met en scène une relation entre deux personnes (A3-1, B1-1), de sexe et de générations différentes, et cela précédée d'une précaution verbale. Puis, s'en suit une inhibition (CI-1) liée à un léger temps de latence, peut-être à l'origine d'une certaine gêne. Ce qui conduit le sujet à s'accrocher à la description de la réalité, avec une allusion aux références sociales (A1-3). Le récit se termine par une opposition liée aux représentations contrastés des deux personnages (B2-3).

Planche 7BM : 6'' « C'est peut être un homme d'affaires qui est comme un parrain qui doit conseiller l'autre homme d'affaires. Il écoute paisiblement. Peut être qu'ils sont sur une bonne affaire ». 2'

Procédés : La description de la réalité porte sur une référence sociale, avec un accent porté sur les relations interpersonnelles (A1-3, B1-1). Cette description est ponctuée des précautions verbales (A3-1). Il y a une tendance à l'idéalisation de la représentation de soi (CN-2, « homme d'affaires »), avec un accent porté sur l'étayage (CM-1, « parrain »). L'expression d'un affect minimisé (A3-4) est donnée dans un contexte relationnel idéalisé.

Planche 8BM : 1'' « Nous sommes dans une salle d'opération. Il y a un enfant qui attend devant la porte. Le docteur et un autre médecin sont en train d'opérer le père de cet enfant. L'enfant est devant la porte. Il est inquiet, peut être qu'il prie que son père ne meurt pas à la suite de l'opération ». 2' 10

Procédés : Après une confusion identitaire (E3-1, « nous »), le sujet fait référence à une description de la réalité accompagnée d'une précision spatiale (A1-1, A1-2, « dans une salle d'opération... attend devant la porte. ») et reposant sur des fausses perceptions (E1-3, « salle d'opération...un enfant qui attend devant la porte »). Cette altération de la perception se caractérise par le fait que l'objet fusil n'est pas vu (E1-1). Puis, il y a un remâchage (A3-1) et une expression d'affect (B1-3, « inquiet ») qui aboutit à la projection massive du sujet, avec allusion faite au refus de la mort du père (E2-3) ou l'utilisation de la pensée magique.

Planche 10 : 15'' « C'est peut être une jeune femme qui attrape son papa, qui aime bien son papa ». 1'

Procédés : La description de la différence de générations (A1-1, A3-1) est accompagnée d'un doute. Mais il s'agit d'une fausse perception (E1-3). L'accent est mis sur les relations interpersonnelles, avec une expression d'affect (B1-1, B1-3, B3-2) et une érotisation des relations.

Planche 11 (Tourne la planche) : 19'' « C'est une colline. Il y a une allée et quelques animaux. Il y a un animal préhistorique. On dirait un lieu hanté par les animaux

préhistoriques. Comme si il y a plusieurs personnes qui sont mortes en passant par ce chemin ». 2' 10

Procédés : La description de cette planche (A1-1, A3-1) accompagnée des précautions verbales porte sur une histoire fictive (A2-1, « lieu hanté par les animaux préhistoriques »), montrant un certain recours à la réalité interne. Dans cette description, il y a des expressions crues évoquant la mort (E2-3).

Planche 12BG : 2" « Ça, c'est un endroit paisible. Il y a une barque. Un endroit où on peut venir se promener avec une petite amie ou faire de la lecture ou faire de la pêche ». 1' 13

Procédés : Le sujet ouvre le récit par un commentaire personnel (B2-1). Puis, il y a une courte description (A1-1, E4-3, « une barque »). Le sujet termine son récit par une idéalisation de la représentation d'objet, avec une labilité dans les identifications (CN-2, B3-3).

Planche 13B : 1" « Un petit garçon qui est devant la porte de sa maison. Peut être qu'il est impatient de voir ses parents. Peut être qu'il est impatient de les voir venir. Peut être qu'ils sont partis, il y a longtemps ». 1'

Procédés : Ce récit commence par une description, avec une précision spatiale (A1-1, A1-2). Il est ponctué de précaution verbales et de remâchages (A3-1). La référence temporelle (A1-2, « il y a longtemps ») montre la difficulté pour le sujet à supporter la solitude.

Planche 19 : 1" « C'est un tableau d'art où on montre certains paysages, des grottes. Peut être quand il fait froid ou il neige on peut venir passer les week-end là-bas. Ça été bien aménagé pour cela ». 1'

Procédés : Le récit repose sur une mise en tableau accompagnée des précautions verbales (CN-3, A3-1). En mettant l'accent sur les perceptions sensorielles (E1-3, « ...il fait froid ou il neige... ») et sur l'idéalisation de la représentation de l'objet (CN-2), le sujet met en relation le mauvais et le bon objet, le dedans et le dehors.

Planche 16 (Tourne la planche) : 1" « Il y a rien. Ça peut servir à faire un tableau ». 10"

Procédés : A travers cette planche, on peut noter une tendance à la restriction (CI-1). On note une tendance à la mise en tableau (CN-3). La référence à celle-ci montre bien la difficulté pour le sujet à faire appel à son fonctionnement intrapsychique, donc une difficulté d'expression pulsionnelle.

Cas n° 3, François, 33 ans

1. Résumés des éléments d'anamnèse et d'entretien

1.1. Présentation

Agé de 33 ans, marié et père de 6 enfants, François est hospitalisé depuis près de trois

suite à une agressivité physique et verbale, à un état agitation et délirant. Lorsque François est rencontré, il se trouve très stabilisé.

1.2. Anamnèse

François a un niveau d'étude de Seconde. François est Fang (Estuaire) et de religion protestante. Avant dernier d'une fratrie de 6 enfants (l'aîné décédé) dont 2 garçons et 3 filles. François a vécu avec sa mère, depuis le divorce de ses parents alors qu'il avait à peine 5 ans, suite au décès de son frère aîné dont la cause reste encore non élucidée.

Selon François, les parents se rejettent la balle sur la mort de son frère aîné. « Le père considère que c'est à cause de la mort de mon grand-frère qu'ils se sont séparés. Alors que pour la mère, c'est le père qui avait tué le fils pour qu'il puisse aller travailler mystiquement. Ma mère est accusée d'avoir vendu la relique de son fils à la Présidence. J'ai eu l'impression que c'est maman qui a eu à le faire puisqu'à chaque fois elle se vante que c'est elle qui l'argent et papa n'a rien. Mais je l'aime même si elle veut me faire du mal, je l'aime beaucoup ».

« Ma mère fait de la « pharmamédication ». C'est la « pharmacopée médicamenteuse » c'est-à-dire qu'à travers un médicament, elle peut te guérir comme te faire du mal. Depuis 14 ans, je prends du priortyl. Elle ne veut pas que je change de médicaments. Elle me fait prendre les médicaments pour me détruire comme pour me guérir. C'est ma mère, elle m'a mis au monde, elle ne peut pas me détruire mais elle puise seulement mon énergie. En puisant mon énergie, on lui donne de l'argent dans un compte mystique. Elle va retirer de l'argent qu'on lui donne, 4 ou 5 millions mais elle ne fait rien de beau avec ».

Pour François, ce divorce l'a déstabilisé jusqu'aujourd'hui. Pour François, hormis la benjamine, tous les enfants ont des problèmes de santé. Actuellement marié et père de six enfants dont un avec une autre femme, François est employé dans une entreprise étatique dans laquelle il travaille depuis près de 10 ans.

1.3. Histoire de la maladie

L'histoire de la maladie de François est ponctuée de trois chutes : 1990, 1993 et 2003.

La première crise remonte vers le début des années 90 ; il avait alors 19 ans. François avait été hospitalisé pour la première fois en psychiatrie pendant quatre mois. François raconte qu'il avait eu une déception sentimentale avec une ex-fiancée décédée aujourd'hui. Cela avait commencé la veille où il n'avait pas dormi toute la nuit. La journée, il s'est mis à tout casser. François décrit dans son comportement l'existence des sentiments de culpabilité et le caractère susceptible.

François vivait chez sa sœur et son beau-frère alors que sa mère était en voyage. Il était allé dans le bureau de son beau-frère et « j'avais senti que je n'étais pas à l'aise. Il y avait un espèce de vent à l'intérieur et après j'ai senti comme si on me vidait complètement l'esprit. J'étais sorti du bureau et instinctivement j'étais allé dans la chambre de ma sœur et je cherchais quelque chose. Comme si on me disait regarde-là, regarde-là. C'est en ce moment que j'avais retrouvé une dame-jeanne pleine de sang.

En cassant la dame-jeanne, j'avais fini par perdre la tête. Je me disais que c'était le sang de Jésus et il fallait que je cassasse. Tout ce qui m'était arrivé n'était pas perceptible par n'importe qui. C'était caché. il y a un esprit qui me disait regarde-là, regarde-là. J'ai trouvé des fétiches, des amulettes. C'est ça qui m'a fait péter les plombs. J'étais devenu agressif ; j'avais été attaché et conduit à l'hôpital où j'avais reçu une injection. Après l'injection, j'étais comme si on m'avait injecté quelque chose de diabolique, j'avais eu des mauvaises pensées, c'est-à-dire des idées d'agressivité sexuelle et je regardais les femmes nues.

Pour les fétiches, il y avait des pièces de 5 F et 10 F dans toutes les poches des habits de mon beau-frère. Cela veut dire qu'il invoquait le diable. Lorsqu'il faisait des incantations pour avoir des beaux habits, la valeur de ces habits n'était que 5 et 10 F. Mon beau-frère était un franc-maçon. Le jour où j'étais tombé malade, et pourtant je n'étais pas sorti de la maison, ma grande sœur me cherchait partout alors que j'étais à la maison. J'avais compris qu'elle me cherchait mystiquement ». Pour François, sa ma maladie est d'origine mystique.

En 1993, lors de la deuxième crise, François dit avoir accompagné son père au décès de sa grand-mère maternelle. Il y avait des conflits là-bas. C'est en rentrant à la maison qu'il a rechuté : «...j'ai failli tuer ma femme avec la lampe tempête ». Après quelques mois d'hospitalisation, François sortira de l'hôpital et ira habiter chez son père. De là-bas, il y aura un arrêt du traitement entraînant une rechute.

C'est en 2004 que se passe la grande crise. Ce qui a conduit à son internement de nouveau à l'hôpital psychiatrique. Cette crise se caractérise par des sentiments de persécution de la part de sa mère. François croit savoir des choses que sa mère fait. Il se plaint du fait que sa mère met tous ses examens médicaux un endroit où il pense qu'il est attaché. Et François avait fini par déchirer ses examens, tous les papiers qui traînaient dans sa chambre puisqu'il y avait du bordel.

1.4. Les causes de la maladie

Une réunion de famille fut organisée par la psychiatrie (psychopalabre), réunissant les parents de François et le personnel soignant.

Le père de François accuse sa femme avoir quitté le foyer. Etant donné qu'il ne pouvait pas s'en occuper, vu ses problèmes politiques, il a confié la garde de ses enfants à sa sœur. Mais à son absence, leur mère était venue les chercher sans autorisation. Après ce temps, le père se plaint être resté sans nouvelles de ses enfants. Le père signale une récente visite au cours de laquelle la mère exige une bénédiction des enfants. Ces dires sont confirmés par le frère du père qui signale que depuis l'année de leur divorce, ils n'ont plus revus les enfants. Et que pour sa part, il demande des comptes à la mère : « on attend le moment venu pour demander des comptes à la mère. Nous ne savons pas pourquoi l'enfant est malade ».

Selon la femme de François, sa maladie est un problème mystique : « j'ai vu avec François des choses graves. Nous avons 5 enfants, je suis obligée de me cacher ». Sa femme décrit le comportement de son mari à la maison : « il parle seul ; le quartier est envoûté ; il voit des ombres qui passent, etc. Pour cela, elle exhorte les parents de trouver

une solution pour le soigner, en tant qu'Africains. Pour cela, il faut aller consulter les nganga pour savoir ce qui se passe. Enfin, elle signale que sa belle-mère a beaucoup souffert pour son fils et ne peut que la soutenir ».

2. Protocole de Rorschach

<p>Planche I 4'' 1- « Ça me fait penser à une croix. 2- Un oiseau.... 3- Un masque... 4- Une figurine... 5- Un ange. Ce que je vois, on dirait les ailes (mime). 6- Je continue toujours ? ça me fait penser à un pigeon ». 45''</p>	<p>« Le pigeon vole. Ça, ça représente des ailes. V « Quand on regarde comme ça, ça fait penser à une chauve-souris ».</p>	<p>G F- Symb G F+ A Ban Gbl F+ Masque G F+ Arch. G F+ (H) G F- A → kan (G F+ A Ban)</p>
<p>Planche II 3'' 1- « Bein ça !,...ça fait penser au sexe de la femme (Rouge bas) 2- Aux poumons (Rouge haut extérieur). 3- > Et là dessus, une croix (Pointe médiane supérieure) ». 30''</p>		<p>D FC Sex. D FC Anat. D F- Symb</p>
<p>Planche III 3'' « Ça fait penser à deux êtres qui s'aiment d'un amour uni pour le meilleur et pour le pire et deux êtres qui ont la même souffrance, leur souffrance est partagée quoi ! ». 40''</p>	<p>« C'est ce que j'aimerais avec ma femme. J'avais eu à la violenter sexuellement, il y a longtemps. J'étais malade. Lorsque j'ai repris avec elle, je l'ai humiliée car mon père m'avait dit des choses qui ne sont pas réelles. Elle ne voulait pas faire l'amour et je l'ai forcée. Je lui ai demandé pardon. Je le regrette amèrement. ».</p>	<p>G F- H → Lien → Abstraction → Références personnelles</p>
<p>Planche IV 10'' 1- « Ça, ça, ça fait penser à quelque chose de démoniaque. 2- V Ici, on peut voir comme un spectre (Moitié inférieure), comme ces êtres qu'on voit dans les films, dans les dessins animés ». 30''</p>	<p>Là, on peut voir qu'il a des cornes (D supérieur).</p>	<p>G FClob (H) (D F+ Hd) D F- (H) → Précaution verbale</p>
<p>Planche V 2'' 1- « Ça me fait penser à un oiseau... 2- ...une chauve-souris, mais surtout une chauve-souris ». 20''.</p>		<p>G F- A G F+ A Ban → Précaution verbale, hésitation.</p>
<p>Planche VI 4'' 1.« Alors là !, ça fait penser à un totem</p>		<p>D F- Totem/Masque D FE Ad Ban → Précaution</p>

PROCESSUS DE SYMBOLISATION ET APPARTENANCES CULTURELLES.

<p>indien, à un masque » (Toute la partie supérieure). 2. « Et là, une peau de bête (Deux grandes parties latérales) ». 40''</p>		<p>verbale</p>
<p>Planche VII 3'' 1- V « Ça me fait penser au ciel (Tiers entier). 2- On aurait dit un papillon (Partie grise médiane à la base du 3^{ème} tiers) qui vole dans le ciel. 3- Une fumée. 4- On aurait dit un éléphanteau....deux éléphanteaux (1^{er} et 2^{ème} tiers)». 50''</p>	<p>« Non pas la fumée, on aurait dit ce que représentent les nuages lorsque ça se dissipe, les variations que ça fait ».</p>	<p>D F- Paysage (D EF Frag. si nuages) Dd kan A G ClobF Frag. (G EF Frag.) → Annulation D F- A → Généralisation → Nombre</p>
<p>Planche VIII 3'' « Là, par contre cette image est très belle. 1- On aurait dit un logo. 2- Ou bien vraiment comment ça s'appelle ? Un emblème, un emblème comme l'emblème de la République. 3- Là, où il y a deux animaux qui sont attachés sur une plante ». 1'45</p>		<p>→ Commentaire G F+ Symb/Sign → Précaution verbale G F+ Symb → Alternative D F+ A Ban → Dévitalisation</p>
<p>Planche IX 9'' 1- « Ça me fait penser au cœur, aux poumons, 2- A la guerre d'Hiroshima, à la bombe atomique (Partie rose entière en bas). 3- Ici, ça me fait penser au ciel (Grande lacune) ». 1'30</p>		<p>D FC Anat. D kob Frag. Dbl F- Paysage → Abstraction → Précaution verbale</p>
<p>Planche X 20'' 1- V « Alors là ! c'est très beau. Ici, ça me fait penser à un ange qui vient (Vert en bas médian). 2- Ça me fait penser à une bestiole de la mer, un mollusque (Gris médian entier) ». 1'50</p>		<p>D K (H) → Défense maniaque D F- A</p>

Choix + : III et X (VIII a été choisie en premier puis écartée).

III : « ça me fait penser à ma femme et moi, les souffrances qu'on a pu avoir elle et moi et la manière dont on s'est aimés d'un commun amour avant la maladie ».

X : « ça me fait penser à la venue d'un ange de rédemption qui veut apporter beaucoup de choses pour l'amour des êtres humains. Puisque je vois le jaune, ça exprime une volonté ».

Choix - : IV et V

IV : « Un gladiateur du mal »

V : « ça me fait penser à la chauve-souris. On dit que la chauve-souris est diabolique ».

2.1. Psychogramme

PSYCHOGRAMME DU RORSCHACH																			
Nom : François		Date : Août 2004	Âge : 53 ans																
Facteurs généraux			Indices d'appréhension																
R : 27	G : 14	GP% : 48																	
TT% : 8.06	D : 12	D% : 44																	
TR : 12.119	Dd : 1	Dd% : 3																	
TLM : 6.11	DD : 1	DD% : 4																	
RC% : 30																			
Facteurs dérivés			Contenu																
F+ : 9	A : 9	Ad : 1																	
F : 10	H : 1	(H) : 4																	
FC : 3	Amot : 2	Pays : 2																	
K : 1	Étag : 2																		
lob : 1	Arch : 1	Sex : 1																	
lan : 1	Musque : 1	Tuteur : 1																	
FClob : 1	Symbole : 2																		
ClobD : 1																			
FE : 1																			
<table border="0"> <tr> <td>T% : 70</td> <td>F+ % : 47</td> <td>TA :</td> <td>TR :</td> <td>F% :</td> </tr> <tr> <td>A% : 37</td> <td>D% : 19</td> <td></td> <td>1E/1,5C</td> <td>2e/0,5E</td> </tr> <tr> <td>Ban : 4</td> <td></td> <td></td> <td>Extraverti</td> <td></td> </tr> </table>					T% : 70	F+ % : 47	TA :	TR :	F% :	A% : 37	D% : 19		1E/1,5C	2e/0,5E	Ban : 4			Extraverti	
T% : 70	F+ % : 47	TA :	TR :	F% :															
A% : 37	D% : 19		1E/1,5C	2e/0,5E															
Ban : 4			Extraverti																

2.2. Analyse du Rorschach

A la **planche III**, le sujet se situe dans l'abstraction : « deux êtres ». Cette abstraction apparaît au niveau des planches couleur. Par cette abstraction, il s'agit d'une symbolisation pour le sujet. François essaie de lutter contre l'angoisse de morcellement ou contre les mouvements pulsionnels. Il est à noter que le sujet est confronté à un problème où ses beaux-parents ont demandé à leur fille, qui est sa femme de le quitter, de divorcer suite à sa maladie. De ce fait, le sujet vit dans l'espoir de garder sa femme, d'où la formation réactionnelle : « ...deux êtres qui s'aiment d'un amour uni pour le meilleur et pour le pire ».

Ce symbolisme de l'amour s'appuie sur des expériences personnelles du sujet. Ces réponses abstraction est le résultat d'une série de transformations existant chez le sujet. On peut noter le passage des images en symboles, en abstraction. Il existe aussi le mécanisme de l'intellectualisme chez le sujet. Par ailleurs, il existe aussi d'autres mécanismes, à savoir la dévitalisation. Tous ces mécanismes sont le signe d'un syndrome schizophrénique.

A la **planche IV**, le sujet fait allusion à une figure mythique à dimension persécutrice. La suite de la planche porte sur l'utilisation de l'imaginaire chez le sujet. Cette dimension persécutrice est en relation avec l'image phallique. Mais qui assume cette image phallique chez les parents ? L'image phallique a une dimension persécutrice. Celle-ci se caractérise par la présence d'un sentiment de peur, de frayeur chez le sujet : « ...le démon avec ses cornes... ».

Cependant, le sujet essaie de maîtriser sa peur en utilisant la fantaisie : « un spectre, comme ces êtres qu'on voit dans les films, les dessins animés ». M. Wawrzyniak (2000) note l'importance de la fantaisie, de l'imaginaire chez lui permettant de mieux vivre ses angoisses. Dans ce sens, l'utilisation de l'irréel a pour fonction chez le sujet d'évacuer l'angoisse qu'il vit. C'est à travers cette irréalité, se caractérisant par l'image du « démon avec ses cornes » qu'il peut exprimer son angoisse. Mais celle-ci est aussitôt refoulée par des images moitié réelles (spectres, êtres vus dans les films, dessins animés). L'utilisation de l'imaginaire à cette planche peut-elle être la suite de l'abstraction rencontrée à planche précédente ?

A la **planche V**, le sujet commence par une précaution verbale et une hésitation. Ce qui peut être certainement lié à l'angoisse suscitée par la planche antérieure, et aussi à la représentation à venir, la chauve-souris considérée comme diabolique. La réponse banale du sujet montre une certaine adaptation à la réalité. Ce qui lui permet de se libérer de ses angoisses. L'utilisation du pronom personnel (« ...me fait penser... ») et le temps de réaction très court montrent bien non seulement l'implication du sujet mais aussi la facilité de l'image lui permettant cette adaptation.

A la **planche VI**, le sujet émet une interjection (« *Alors, là !* »). Ce qui montre l'effet qu'a eu l'image sur le sujet. S'agit-il d'une image originale ? Il y a dans tous les cas un sentiment d'étonnement chez le sujet. Ce qui a pour conséquence l'émergence des réponses détails. L'échec ou la présence de l'angoisse se fait ressentir par la mauvaise qualité formelle de la réponse. L'hésitation entre « *totem indien* » et « *masque* » soulève une difficulté à laquelle est confronté le sujet. Mais quelle en est-elle ?

La deuxième réponse, bien que banale, est synonyme de cette angoisse vécue par le

sujet. En plus, il y a dévitalisation. Le sujet réagit contre l'angoisse en donnant une réponse banale. Ainsi, face à cette planche à symbolisme sexuel dominant, le sujet revit ses angoisses liées notamment à la difficulté à assumer les représentations sexuelles masculines et féminines, malgré une certaine adaptation à l'image féminine.

A la **planche VII**, le sujet entre dans la planche par une position renversée ; ses réponses sont détaillées afin de mieux maîtriser les représentations. Mais malheureusement, il y a échec car les formes qui y sont associées sont mauvaises. Pour cela, François essaie de saisir la représentation dans sa globalité mais avec un caractère vague.

A travers les images, la fumée à l'origine des représentations vagues et imprécises, le sujet vit des angoisses, des difficultés à délimiter le dedans et le dehors, la forme et le fond. Ce qui est à l'origine de la perte de repères stables dans l'appréhension de son image de soi et du monde extérieur. Quelles relations peut-il y avoir avec la symbolique de cette planche qui est féminine ? Ces difficultés sont-elles en relation avec l'image de sa mère ou de celle de sa femme ?

Au-delà de la relation avec la mère qui est ambivalente, soit bonne, soit conflictuelle, François est très inquiet car sa femme voudrait le quitter. Ses beaux-parents ne voudraient plus que leur fille continue à être l'épouse d'une personne malade, hospitalisée. La réponse à l'enquête montre bien cette difficulté à sortir de cette situation. En annulant une représentation, François la remplace par une autre de même sens. A la différence que la deuxième réponse est mieux adaptée car elle peut constituer une lueur d'espoir : « ...les nuages lorsque ça se dissipe... » ; espoir dans la relation à la mère ou à la femme.

A la **planche VIII**, François comme ses réponses par une défense maniaque comme pour lutter contre ses angoisses accumulées aux planches précédentes. Il s'agit d'un mécanisme de formation réactionnelle qui se caractérise par la beauté de l'image. Cette représentation est certainement facilitée par la première planche pastel. Cette défense maniaque est suivie d'une précaution verbale et d'une alternative avec une interrogation. Ce qui montre la difficulté pour le sujet à donner une réponse directement, une difficulté à se déterminer. Lorsque la réponse est donnée, elle est associée à une référence culturelle (« *l'emblème de la République* »). La suite de la réponse est bien perçue mais est considérée par le sujet comme faisant partie de la réponse globale.

Ainsi, cette réponse s'inscrit pour le sujet dans le cadre d'un symbolisme conventionnel. A ce niveau, je note une certaine dévitalisation du règne animal en symboles, niant toute relation. Ce qui peut signifier pour le sujet une façon de lutter contre tout lien, toute relation avec l'environnement. Liens qui s'inscrivent dans une banalité. D'où sa référence au symbolisme conventionnel. En plus, le sujet prend en compte l'image symétrique (« *deux animaux* »).

A la **planche IX**, l'entrée dans l'interprétation se fait par une précaution verbale qui peut être une façon pour le sujet d'atténuer la violence des représentations suscitées par l'effet des couleurs. La deuxième réponse exprime la force du pulsionnel, du mouvement : « ...guerre d'Hiroshima, bombe atomique... ». La troisième réponse exprime le vide. Ainsi, il y a des mouvements chez le sujet suscités par la configuration de cette planche.

Ce qui montre l'importance des motions pulsionnelles, de la libération des processus primaires. Cette planche favorise ces mouvements. Dans ce sens, peut-il s'agir d'une recherche de libération sexuelle ou d'affirmation du sujet sur ce plan ?

A la **planche X**, on note une réapparition de la même défense maniaque. La réponse perçue, accompagnée d'une précaution verbale, fait appel à une représentation imaginaire (« *ange* »). Cette réponse constitue-t-elle une formation réactionnelle par rapport à la planche IV où le sujet a perçu la présence d'un démon ?

Cette défense maniaque permet au sujet de lutter contre l'éparpillement que suscite la planche. A cette défense maniaque, s'ajoute une formation réactionnelle représentée par l'image de l'ange dont la mission est la « rédemption ». Cette image rédemptrice s'oppose à celle du mal représentée par les planches IV et V, avec les représentations de « démon » et de « diable ». Mais pourquoi ces deux planches ? Que peut représenter le démon et le diable pour le sujet ? Peuvent-ils permettre de comprendre la question des croyances du sujet ?

Les planches IV et V représentent d'une part la planche phallique et d'autre part celle de l'intégration du Moi.

3. Protocole et analyse du TAT

Planche 1 : 3'' « C'est l'histoire d'un enfant qui s'interroge sur son avenir qui a des doutes parce que ses parents veulent qu'il devienne un musicien. Apparemment, il se pose des interrogations car il n'arrive pas à bien utiliser son violon et il a l'air déçu. Il se pose des interrogations. C'est tout. Apparemment, c'est bien mon cas. Je me pose la question sur mon avenir...(?)...Là, il fera appel aux parents et leur expliquer qu'il n'arrive pas à bien utiliser son violon. Les parents lui expliqueront pourquoi, s'il a de l'engouement, il réussira. » 2'.

Procédés : Après un court temps de latence, le sujet fait référence à la réalité, en s'attachant aux détails (A1-1 : « ...un enfant... »). Puis l'accent est mis sur la réalité interne du sujet, notamment sur les conflits intrapsychiques (A2-4 : « ...qui s'interroge sur son avenir, qui a des doutes... »). Ces conflits portent sur des désirs contradictoires : ceux des parents et les siens. La présence des mécanismes obsessionnels (A3-1 : « ...se pose des interrogations... ») montre bien l'insistance de ce conflit. Ce qui va aboutir à l'utilisation d'un procédé labile, avec expression d'affects, accompagnée d'une précaution verbale (B1-3 : « ...il a l'air déçu... »). Cette labilité entraîne un investissement narcissique, avec des références personnelles (CN : « ...apparemment, c'est bien mon cas... »). Mais le sujet va terminer son histoire par l'utilisation des procédés antidépressifs, en s'étayant sur ses parents (CM : « ...Il fera appel aux parents... »).

Planche 2 : 3'' « ça c'est l'histoire d'une dame...qui aime la lecture, qui aime s'évader...Et apparemment, le cadre dans lequel elle vit ne l'intéresse pas. Sûrement, elle aimerait aller en ville. Elle ne se considère pas comme une paysanne. Elle rêve de beaucoup d'espace....Sa mère et son père sont fatigués de lui parler qu'aller en ville ce n'est pas bien pour elle. Sa vie et son destin, c'est de rester à vivre à la campagne...Apparemment, elle part pour retrouver un avenir meilleur. Elle est en train de partir avec ses bouquins mais elle regarde une dernière fois le paysage ». 2'50

Procédés : On note un investissement de la réalité interne chez le sujet (A2-1 : « ça, c'est l'histoire... ») qui se caractérise par un recours au fictif. Celui-ci repose sur une description des éléments de la réalité (A1-1 : « ...dame... »). L'utilisation des précautions verbales (A3-1 : « ...sûrement ; apparemment... », des précautions verbales (A1-2 : « ville », « campagne ») et des références sociales (A1-3 : « paysanne ») montre l'importance des procédés rigides chez le sujet. Dans ce sens, l'accent est mis sur les conflits intra personnels portant sur le désir et l'interdit des parents (A2-4 : « ...sa mère et son père sont fatigués de lui parler... »).

Planche 3 : 5'' « ça c'est un moment de tristesse. Apparemment, c'est quelqu'un qui souffre, qui a besoin de réconfort. Son objectif est de dormir mais n'arrive pas. En fait, il voudrait trouver le confort même au pied du lit mais n'arrive pas. La personne se sent délaissée et a besoin d'amour. Apparemment, pour qu'elle sorte de là, il faut qu'on lui apporte de l'amour. Il aura cet amour parce que c'est pour un instant qu'il s'est senti seul ». 1'50

Procédés : On note une expression des affects chez le sujet (B1-3 : « ...moment de tristesse...quelqu'un qui souffre... »).

Planche 4 : 6''50 « Un homme qui a commis une infidélité...Il aime sa femme mais se détourne de son regard parce qu'il a honte de l'acte qu'il a posé. Il n'arrive plus à la regarder dans les yeux car il est sorti avec une prostituée...Apparemment, ils s'aiment et ils s'aimeront toujours ». 1'33

Procédés : D'entrée, on note chez le sujet une référence à la réalité externe, avec une description de la planche (A1-1 : « un homme »). Puis, il s'ensuit un investissement de la relation, avec une expression d'affects (B1-3 : « ...infidélité...aime sa femme... honte »). L'introduction d'un personnage (B1-2 : « prostituée ») dans l'histoire montre cette importance accordée à la relation.

Planche 5 : 13'' « ça c'est l'histoire d'une dame qui a entendu du bruit dans sa maison. Ça peut être son mari qui est en train de commettre une infidélité, compte tenu de son absence. Apparemment, ce qu'elle voit la déçoit ; elle a un grand étonnement. Apparemment, la maison est en désordre parce qu'elle n'était pas là pour entretenir sa maison. Ça va s'arranger puisqu'elle est revenue ». 2'

Procédés : Le sujet commence par un investissement de la réalité interne, avec un recours au fictif (A2-1 : « ça, c'est l'histoire... ». Puis, il y a l'utilisation d'un symbolisme transparent (B3-2 : « une dame qui a entendu du bruit dans sa maison »), pouvant renvoyer aux fantasmes sexuels et de scène primitive. On note aussi un investissement de la relation, avec introduction d'un personnage non figurant sur la planche (B1-2 : « son mari »). L'utilisation d'une précaution verbale (A3-1 : « peut-être », « apparemment »), procédés obsessionnels, permet de modérer l'affect fort (B2-2 : « la déçoit »). Ce qui aboutit à une annulation de la pensée de départ (A3-2 : « Apparemment, la maison est en désordre parce qu'elle n'était pas là pour entretenir sa maison. Ça va s'arranger puisqu'elle est revenue »).

Planche 6 BM : 5'' « ça c'est l'histoire d'un jeune homme qui vient rencontrer sa maman après une longue absence. Apparemment, il a perdu son papa puisqu'il est touché. Et il est très proche de sa mère maintenant parce qu'elle est la seule qui puisse

l'aider et remonter son moral. Et tout ira pour lui parce que sa maman a un regard fixé vers l'avenir ». 1'30

Procédés : En recourant au fictif, le sujet essaie de décrire la réalité (A2-1 ; A1-1: « ça, c'est l'histoire...un jeune homme...sa maman... »). Puis, le sujet utilise des procédés labiles, avec l'introduction d'un personnage non figurant sur l'image (B1-2 : « son papa », accompagnée d'une expression d'affect (B1-3 : « il est touché »). L'histoire se termine par l'utilisation d'un procédé obsessionnel, un remâchage (A3-1).

Planche 7 BM : 6" « ça c'est la tendresse entre un père et son fils. Un fils qui veut devenir comme son père.... Et le fils a commis une désobéissance. Il a l'air inquiet et désolé. Apparemment, ça va s'arranger puisque les deux s'aiment....C'est mon histoire avec mon père ça ». 1'09.

Procédés : Le sujet met l'accent sur des relations interpersonnelles, avec expression d'affects (B1-1 et B1-3 : « ça, c'est la tendresse entre un père et son fils »). On note une idéalisation de la représentation d'objet, dans sa valence positive (CN-2 : « Un fils qui veut devenir comme son père »), défense permettant au sujet d'éviter le conflit qui est annulé (A3-2 : « Apparemment, ça va s'arranger puisque les deux s'aiment »). Cette histoire s'appuie sur des détails narcissiques, avec une référence aux éléments personnels (CN-1 : « C'est mon histoire avec mon père ça »).

Planche 8 BM : 13" « ça, apparemment, c'est un meurtre qui est en train de se créer. C'est une intervention chirurgicale. Soit quelqu'un qui a tiré sur une personne ou bien...Sachant que le problème de son père doit s'arranger. Il est conscient de l'acte qu'il vient de poser. Et les médecins sont en train de tout faire que ça se cicatrise encore ». 2'04

Procédés : On note une projection massive avec une expression crue liée à une thématique de meurtre (E2-3 : « c'est un meurtre qui est en train de se créer »). Puis, survient une annulation (A3-2 : « c'est une intervention chirurgicale »). On note une persévération des fantasmes agressifs (E2-1 : « Soit quelqu'un a tiré sur une personne... »), avec anonymat des personnages qui se termine par une alternative ou une hésitation (CI-1, CI-2 : « quelqu'un », « une personne », « ou bien »). Le sujet termine son récit par un remâchage (A3-1).

Planche 10 : 5" « ça c'est l'amour entre un homme et une femme. Ils partagent les mêmes sentiments. Apparemment, comme si un drame venait de se passer mais ils sont unis l'un à l'autre. Ils s'aiment d'un amour profond et ils se sentent rassurés, enlacés...Et pour eux, à cet instant là, le monde n'existe plus derrière eux. Ils vivent l'instant présent qui s'annonce à eux... Ils s'aiment d'une tendresse passionnée ». 2'13

Procédés : L'accent est mis sur les relations interpersonnelles, avec une expression des affects et une érotisation des relations (B1-1, B1-3 et B3-2 : « C'est l'amour entre un homme et une femme. Ils partagent les mêmes sentiments... »). Puis, on note un remâchage, accompagné de précautions verbales (A3-1).

Planche 11 : 4" « Apparemment, ça, c'est un château maudit. Et là il y a une grosse bête...Un démon, ça a une forme palmipède, on dirait un oiseau, un poisson. Le démon survole les airs. Apparemment, il y a d'autres petits démons qui vont au château. Ils sont

deux ». 1'37

Procédés : On note une fausse perception et une inadéquation du thème au stimulus (E1-3 et E2-1 : « C'est un château maudit. Et là, une grosse bête »). Puis, il y a évocation du mauvais objet, avec une thématique persécutive (E2-2 : « un démon, ça une forme palmipède...Le démon survole les airs...d'autres petits démons qui vont au château... »).

Planche 13 MF : 2" « Là, c'est un peu comme moi. Il a violenté sexuellement sa femme et il regrette.....Là, la femme a l'air exténué...comme si elle est morte.....Apparemment, il est prêt à faire appel à l'aide pour que quelqu'un vienne l'aider. Mais il prend son temps. Apparemment, il a un calepin comme s'il va appeler quelqu'un ». 2'17

Procédés : D'entrée, l'accent est porté sur les références personnelles du sujet (CN-1 : « ...c'est un peu comme moi... ». Ces références sont en rapport avec une thématique sexuelle et agressive, à l'origine d'une désidérialisation de la représentation de soi. (E2-3 et CN-2 : « ...Il a violenté sexuellement sa femme... »). De ce fait, il s'en suit une expression d'affects forts (B2-2 : « ...il regrette... »). Les précautions verbales (A3-1 : « un peu », « comme si », « apparemment »), les hésitations viennent atténuer les pulsions agressives auxquelles le sujet est confronté. L'introduction d'un personnage anonyme non figurant sur l'image vient servir d'étayage au sujet (B1-2, CI-2 et CM-1 : « ...il est prêt à faire appel à l'aide pour que quelqu'un vienne l'aider...comme s'il va appeler quelqu'un »).

Planche 19 (Tourne la planche et la dépose sur la table) : 25" « ça c'est une œuvre d'art. Il y a parfois le mystique et tout ce qui est angélique. Là comme si c'était un oiseau. Là, le fantôme ...les yeux blancs. Là, on dirait un soldat. C'est comme si c'était une vague de la mer ou tout cela se produit ». 1'51

Procédés : En mettant en avant une référence culturelle (A1-4 : « œuvre d'art »), on note un surinvestissement de la réalité extérieure (CF-1). Ce qui permet au sujet de s'inscrire dans un évitement de conflit. Mais la réalité interne prend le dessus sur la réalité externe, en recourant au fictif (A2-1). Ce qui aboutit à l'expression d'une projection massive, avec une thématique persécutive (E2-2 : « ...le fantôme...les yeux ouverts »).

Planche 16 : 50" « C'est l'histoire de ma vie. Elle commence en juin et a toujours été un commencement à partir de cette date : mes crises, les voix que j'entends la nuit qui m'interpelle. Je n'avais pas voulu casser cette dame-jeanne. Maintenant je paye le prix. Je n'ai jamais voulu faire de mal. La division et la séparation de mes parents m'ont divisé et être têtue est comme pour moi un moyen de sauvegarde. J'aime les miens. J'aime quiconque et je pense que je ne laisserai jamais quiconque. J'ai envie d'aller en France pour me ressourcer, pour oublier tous les présages de mes malheurs. Comme on dit, nul n'est prophète chez soi. J'aurais aimé me marier à l'église en avril 2005, un 5 ou un 11, si ça tombe un dimanche. J'aime mes enfants, surtout la toute dernière Nathalia. J'aime ma femme malgré les quelques infidélités que j'ai pu commettre. J'aime tout le monde, docteur Mbungu, Dr Mayombo, Dr Bitsi... ». 4'58.

Procédés : D'emblée, le sujet met l'accent sur les références personnelles (CN-1 : « c'est l'histoire de ma vie... »). Dans ces références, il s'appuie sur la réalité externe, avec des précisions temporelles (A1-1 : « ...elle commence en juin et a toujours été un

commencement à partir de cette date... »). On note aussi un évitement de conflit chez le sujet, en mettant l'accent sur le factuel (CF-1) ou sur l'éprouvé subjectif (CN-1). Ce qui aboutit à une altération du discours, avec des associations courtes, des coq-à-l'âne (E4-3, E4-4).

Cas n° 4, Thomas, 45 ans

1. Résumé des éléments d'anamnèse et d'entretien

1.1. Présentation

De profession magasinier, Thomas a été conduit en psychiatrie suite à un accès maniaque se caractérisant par un état euphorique et délirant accompagné d'une agressivité verbale et physique. Thomas y sera hospitalisé pour la seconde fois. Je le rencontre dans le cadre d'une présentation de malades.

1.2. Anamnèse

Agé de 45 ans, Thomas est de mère *Gisir* (Fougamou) et de père *Fang* (Woleu-Ntem) ; il est l'aîné d'une fratrie utérine de sept enfants composée de quatre filles et trois garçons (dont certains sont de père *Mitsogho* et d'autres *Massango*). Thomas a niveau d'étude de 3^{ème} ; il échoue à son Certificat d'Aptitude Professionnelle (C.A.P.). Thomas partira de sa ville natale pour venir tenter l'aventure à Libreville où il va travailler comme gérant, puis comme magasinier.

Vivant en concubinage, orphelin de mère (depuis 1994), puis de père (1996), Thomas est initié au *Mwiri* ; Catholique de naissance mais depuis qu'il est tombé malade, il prie dans une église protestante.

1.3. L'histoire de la maladie

L'histoire de la maladie de Thomas commence en décembre 1994 où il présente les premières crises psychiatriques. « Un matin, je me suis réveillé, j'ai allumé ma radio mais j'écoutais autre chose par rapport à ce que la radio diffusait. A la radio, on disait que le Président était en tournée mais j'entendais qu'il disait qu'il n'avait pas bougé. Tout ce que la radio diffusait, je disais que c'était faux. Et je m'étais mis à parler de tout et de rien.

A partir de là, ma femme et ma belle-mère m'avaient amené voir un nganga où j'avais suivi un traitement à base des plantes, des bains chauds. Puis, je commençais à aller mieux. De chez le nganga, deux collègues chrétiennes sont venues me rendre visite et m'ont ramené à la maison car pour elles c'était l'esprit, la main de dieu qui agissait ainsi. Et je suis reparti à la maison chez ma tante. Deux semaines plus tard, on m'a amené à l'hôpital psychiatrique et on m'a prescrit des médicaments que j'ai dû arrêter parce que je grossissais. Je me sentais mieux mais j'étais lourd. Au début, je pensais que j'allais guérir avec les médicaments de l'hôpital mais comme ça revenait, j'ai décidé d'aller au village.

Après 5 ans, les troubles sont revenus en force et je suis allé au village consulter les

nganga. Là-bas, les parents, les femmes de mon oncle m'ont soigné et j'étais guéri. Quand je suis revenu, j'ai décidé de suivre la voie de l'église. Mais avec la rechute, je suis reparti à l'hôpital où j'ai suivi un traitement. Puisque l'état de santé n'évoluait pas, on est allé voir à nouveau un nganga ».

1.4. Les causes de la maladie

Bien que chrétien, Thomas considère que sa maladie est d'origine traditionnelle. « Je suis malade, simplement parce que je ne voulais pas adhérer aux croyances traditionnelles qui entraînent le vampire. Je suis seulement initié au Mwiri qui est une danse de garçon chez les Eshira, Massango, Nzembi, parce que ma tante avait perdu deux enfants (jumeaux) et ma grand-mère six. Il n'y avait personne pour la protéger dans la famille. Et le Mwiri permet de protéger. Un sorcier ne peut pas attaquer quelqu'un qui est initié au Mwiri. En refusant d'aller m'initier au Bwiti, je n'ai pas accepté la coutume. C'est la raison pour laquelle je suis malade.

Beaucoup de personnes, même les médecins m'ont demandé d'aller me soigner au village car la maladie n'est pas naturelle. J'ai refusé. Depuis-là, si j'avais accepté d'aller au village, je serais déjà guéri. Même si les nganga ont dit que c'est la famille, je ne voulais pas accepter. On ne m'a jamais cité le nom de quelqu'un, mais on accusait l'oncle. Et ma femme voyait mon oncle en rêve.

Mais quand on parle de la famille qui est à l'origine de ma maladie, moi-même je vois que ce n'est pas toute la famille, mais ce sont mes sœurs. Les parents m'ont fait asseoir sur un fauteuil avec le travail entre mes mains. Ce n'est rien que de la jalousie, de la haine de la part de mes sœurs. Elles voulaient que je vive en mendiant mais moi je travaille mon argent ».

2. Protocole de Rorschach

<p>Planche I 1'' 1- « C'est une chauve-souris qui vole. C'est peint en couleur noire. 2- Je ne sais pas ce qui est à côté, est-ce que c'est des plumes ou ce qui s'arrache hors de son corps (Petites tâches, éclaboussures extérieures). 3- Les quatre points (Quatre lacunes intérieures médianes). 4- D'abord, il y a un petit point (Petite lacune centrale). C'est l'espace vide quand il fait ça (Mime). Ou bien c'est posé sur les plumes. Je ne</p>	<p>« Les bras attrapent quelque chose. Là, il y a rien, ça vole »</p>	<p>G kan A Ban → C' Dd F- Ad/Frag Dbl F- Geom Ddbl F- Geom → Mime Dd F- Geom Dd F- Geom</p>
--	---	---

PROCESSUS DE SYMBOLISATION ET APPARTENANCES CULTURELLES.

<p>vois pas. 5- Il y a un petit point ici (Saillies médianes supérieures et mamelons centraux), je ne sais pas ce que c'est. 6- Il y a deux autres petits points ici (Partie supérieure), un là. C'est tout ». 3'</p>		
<p>Planche II 1'' 1- « C'est encore une chauve-souris. 2- Les deux petits points ronds par-devant, je ne sais pas ce que c'est sur une chauve-souris (Lacune entre pointe médiane supérieure et rouge haut). 3- Ici, c'est en forme de papillon (Rouge bas). 4- Il y a des points rouges sur les ailes, trois de chaque côté (Grande partie latérale). 5- Il y a cette partie blanche sur son dos. 6- Il y a un trait noir qui sépare la grande partie de la tête, je ne sais pas comment on appelle ça de la chauve-souris. 7- Ou bien son nez qui s'allonge à partir du point blanc pour se loger vers les yeux. 8- Les deux parties noires quand je les regarde, on dirait que c'est la tête d'un lion et la tête d'un chien comme ça. 9- La partie rouge ici, genre plume, l'arrière est blanc et le devant est rouge. 10- Je vois deux arrondis noirs, on dirait que c'est la deuxième patte. 11- Il y a la tête, on dirait que ce sont les oreilles d'un chien ». 4'</p>	<p>« C'est une chauve-souris. La différence est qu'il y a le trou blanc, à moins que ce soit le père Noël et sa barbe tombe dessus, un cadeau et le chapeau du père Noël. ». Deux petites barres séparant les deux parties de la lacune centrale. Partie supérieure de la lacune centrale. Les deux parties latérales noires. Rouge bas. Extrémité de la saillie latérale inférieure. Saillie latérale sur bordure extérieure.</p>	<p>G F- A → Répétition Dbl F- Geom D FC A Dd FC Geom → Nombre Dbl FC' Ad Dd FC' Geom → Dissociation Dd F- Ad → Métamorphose D FC' Ad → Dissociation → Précaution verbale D CF Ad → FC' Dd FC' Ad/Geom → Précaution verbale Do F+ Ad → Dissociation → Précaution verbale</p>
<p>Planche III 12'' 1-« On</p>	<p>« Ici, c'est comme s'il y</p>	<p>G K H → Précaution</p>

<p>dirait deux femmes qui préparent quelque chose comme ça. 2- Ici, le pied descend, on dirait un talon dame, des chaussures. 3- Et leurs mains ici, on dirait qu'elles attrapent un bouquet de fleurs, un pot de fleurs. 4- Ici, on dirait, c'est une décoration pour la pâtisserie. 5- Les têtes, on dirait que ce sont des chiennes. 6- Et ça, le tronc d'un pot de fleurs. 7- Et ici, on dirait des oiseaux gendarmes qui les accompagnent. 8- Ici, la petite séparation entre la taille et les autres parties en bas. 9- Les cous sont sortis, on dirait que c'est l'appétit de manger qui les anime. 10- Ici, les parties sorties, je suppose que ce sont leurs genoux. 11- Au départ, j'ai dit ça, mais on dirait les ouistitis, les petits singes. Chacun joue avec son bébé ». 6' 10</p>	<p>avait de l'eau et le petit bâton qui les sépare, il y a un point blanc, je ne vois pas. » Rouge médian. Partie noire inférieure médiane. Rouge extérieur en haut. Petite saillie intérieure de la jambe.</p>	<p>verbale Dd F+ Obj → Précaution verbale Dd Kp Hd → Précaution verbale → Lien → FC Dd C Obj Dd/D F- Ad → Précaution verbale D F+ Obj → FC D FC A → Précaution verbale Dd F- Séparation → Dissociation Dd F- Ad → Précaution verbale Dd F+ Ad D kan A/Scène → Annulation</p>
<p>Planche IV (Dépose la planche) 18" 1- « Le nom de l'animal m'échappe. 2- Je ne sais pas si c'est un gorille. Mais ça m'étonnerait pour amener la tête jusqu'ici. 3- Ou bien c'est un chimpanzé peut-être. On lui a fait porter des chaussures talons dames. 4- Il y a deux points ici, je ne sais pas comment on les appelle ces deux points aux épaules. 5- Il y a les yeux ouverts, les oreilles de part et d'autre sont liées aux</p>	<p>« Cette partie, je n'ai pas parlé de ça. Est-ce que c'est l'anus ? Ici, on dirait deux bourses s'il se redressait. Ca risque d'être un peu ça. ». Ici, sa tête et les yeux, ses mains.</p>	<p>G F+ A G FClob A → Précaution verbale G F- A → Précaution verbale → Alternative Ddbl F- Geom Ddbl F- Ad → Lien</p>

PROCESSUS DE SYMBOLISATION ET APPARTENANCES CULTURELLES.

<p>pieds. ». 5' 20</p> <p>Planche V 12'' 1- « Une chauve-souris, ses deux pieds. Ici, c'est la tête et les moustaches peut-être. 2- Sa colonne vertébrale se montre très bien. 3- Une partie de ses ailes est fendue, je ne sais pas pourquoi. 4- Avec beaucoup d'attention, je remarque le bout des ailes avec des plumes blanches. 5- Ce petit point sur la plume, je ne sais pas ce que c'est. Peut-être qu'il s'est égaré, ça m'étonne des deux côtés, un sur le côté, je comprendrais. 6- Ses ailes sont en forme de frise ». 4'</p>		<p>G F+ A Ban Dd F+ Anat D F+ Ad →Dissociation Dd FC' Ad Dd F- Géom D FC Ad</p>
<p>Planche VI (Regarde derrière la planche) 8'' 1- « C'est peut-être un papillon. 2- Il y a deux petits traits sur son dos. (Ligne médiane en haut et en bas). 3- Un trait noir quitte de ce point pour venir jusqu'à sa moustache. 4- Les pattes arrière, les pattes de devant, les moustaches, je ne sais pas comment on appelle ça sur son cou. Je ne sais pas ce qui s'est implanté là. 5- > Ici, je vois comme des écrits noirs, je ne peux pas lire. 6- Deux points blancs sur chaque côté des ailes arrière. 7- Un trait blanc ici entre ces deux points blancs autour du cou. 8- Des tâches noires ici, là, là, là, là... C'est tout. ». 4' 12</p>	<p>« Ses deux moustaches qui sont à l'arrière, je ne les ai pas signalées. Et là, je n'ai pas parlé de ça aussi. Je ne sais pas si ce sont des ongles. »</p>	<p>G F- A → Précaution verbale D F+ Geom D FC' Geom Dd F+ Ad Dd FC' Symb Ddbl F- Geom Ddbl F- Geom Dd FC' Tache</p>

<p>Planche VII 6'' 1- « Un oiseau qui vole avec des têtes au-dessus, ses enfants peut-être. Je ne connais pas le nom de l'oiseau en question. 2- Ici, on dirait le petit qui pose sa tête sur la tête de sa maman et l'autre petit qui pose sa tête sur la tête de sa maman. 3- On dirait qu'il porte une ceinture. 4- Ça, c'est la bouche qui est ouverte. 5- En partant de la bouche vers l'arrière, trois points blancs. 6- Ici, on dirait une crémaillère, il y a des dents qui se présentent là. 7- Deux points blancs sur son dos, les petits, leurs yeux en blancs. 8- Et quand je regarde bien, on dirait que c'est deux têtes posées sur la femelle. 9- La différence est sur les cornes ici, simplement, ce n'est pas la même chose. Il me semble que celui-ci c'est le cou ouvert, l'autre point et l'autre la bouche est fermée. 10- On dirait qu'ils ont des couronnes à la tête. ». 7' 10</p>	<p>« Ça, c'est un génie parce que les têtes, je ne vois que les têtes, deux têtes, deux têtes, deux têtes, ça fait à peu près six têtes. ».</p>	<p>G kan A → Précaution verbale → Lien (G F- (H)) D kan Ad → Lien → Reflet → Précaution verbale Dd F- Obj → Précaution verbale Dd F- Ad Dd FC' Geom Dd F- Obj → Précaution verbale Dd FC' Geom D F+ Ad → Lien Dd F+ Ad D F- Obj/Symb → Lien</p>
<p>Planche VIII 7'' 1- « Deux animaux de part et d'autre. 2- Ici, une tenue pour le haut et une tenue en bas qui est renversée. 3- Ce n'est pas une tenue. Ici, on dirait une chauve-souris qui les attrape comme ça aux mains. 4- Deux taches rouges ici, 5- leurs têtes, leurs troncs et la patte gauche posée sur cette</p>	<p>Gris et bleu.</p>	<p>D F+ A Ban → Symétrie D FC Obj D kan A → Annulation → Précaution verbale D CF Tache Dd F+ Ad → Schizoïdie D FC Obj → Lien Dd FC' Geom → Lien Dd F+ Ad → Lien → Schizoïdie D F- A → Annulation Dd F- Obj → Lien D F- Ad → Lien</p>

PROCESSUS DE SYMBOLISATION ET APPARTENANCES CULTURELLES.

<p>tenue. 6- Ici, la tenue bleue est reliée à cette tenue rouge par un cordon. > 7- Un point noir qui relie les deux côtés de son corps. 8- Les quatre pieds de l'animal qui est dessus, les pieds pour cet animal. 9- Ce n'est pas une tenue comme j'ai vu au départ, c'est un animal. 10- Des chaussures aux pieds de cet animal. 11- Les pieds des deux animaux-là se posent sur les jambes de l'animal en dessous. C'est tout pour le moment. ». 8'</p>		
<p>Planche IX 5'' 1- « Un bouquet de fleurs posé dans une coupe. (Grande lacune et parties brunes latérales). 2- Deux dames qui embrassent cette coupe. (Deux D verts latéraux). 3- Deux hommes (D Rose en bas) en bas en train de soutenir la coupe, le tronc de la coupe jusque-là. Je ne sais pas comment il faut appeler ça, ou c'est la chaleur par rapport au travail qu'il fait là, je ne sais pas. 4- Les têtes des deux personnes, les tresses. 5- Je ne sais pas comment on appelle cette partie qui relie leur barbe, non leur nuque qui vient se poser sur le dos de chaque monsieur. C'est tout ». 3'</p>	<p>« Ici, on dirait que c'est un verre. Qu'est-ce qui se passe à l'intérieur du verre ? Ici, je ne sais pas, ce sont les bouches de ces poissons qui s'ouvrent et soufflent, je ne sais pas. Ici, je ne sais pas, je n'ai pas fait attention à ces deux-là qui se relie au socle. Ici, j'ai comme l'idée que ce sont les hommes de Dieu qui prient autour du mât, de là où on l'a crucifié, parce qu'il y a des hommes de part et d'autre. » Vert latéral.</p>	<p>D FC Obj D K H →Lien D F- H/Scène →Lien D F+ Hd → Schizoïdie Dd F- Hd → Lien</p>
<p>Planche X 2'' 1- « Des plongeurs, un génie devant eux. 2- Un cercle soutenu par les anges ou les oiseaux du ciel. 3- Deux</p>	<p>Gris brun de côté. Vert médian entier. Rose latéral.</p>	<p>D F- (H) → Clob D F- Symb. → Lien (H) D FC A → Clob → Scène D F- Obj → kob D FC A → Enumération D FC Obj Dd</p>

<p>poissons rouges à la fin. Deux poissons qui ont avalé, genre deux serpents. 4- Et les deux serpents tiennent les deux récipients, les deux thermomètres pour recueillir le jus qui vient d'ici. 5- Quatre oiseaux de couleurs jaunes. Deux oiseaux de couleurs vertes. 6- Deux récipients de couleurs bleues. 8- Ça, c'est le nez. 9- On dirait qu'ils ont attrapé une crevette. 10- Deux crabes de couleur bleue. 11- Un bavoir, sur ce bavoir, trois dessins, une décoration. 12- Les sous-marins sont en rouge et leurs têtes sont couvertes d'un chapeau de couleur acier. C'est tout. ». 4' 10</p>		<p>F- Ad D F- A D F+ A Ban Dd FC Obj. D FC H</p>
--	--	--

Choix + : IX et X

IX : « Je vois l'amour, nous hommes d'église, si tu n'as pas l'amour, c'est zéro. Il faut prier ».

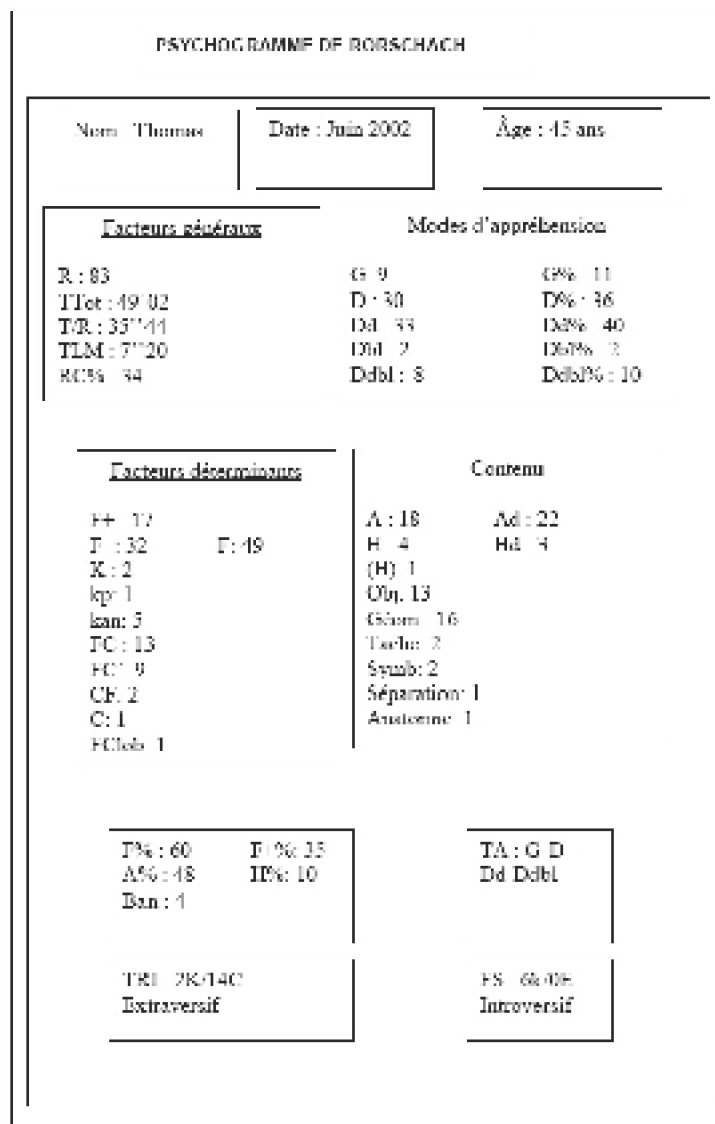
X : « Ici, c'est comme une ampoule allumée qui éclaire ce qu'on garde dans les églises. On retrouve aussi l'amour, les mêmes couleurs ».

Choix - : III et VII

III : « C'est tout simplement la représentation du dessin, des têtes. On ne sait ce que ça fait ».

VII : « Ici, on dirait des guenons. Ce serait triste d'offrir un cadeau à quelqu'un ou madame qu'elle s'habille comme ça ».

2.1. Psychogramme



3. Protocole et analyse du TAT

Planche 1 : 13" « Un enfant qui est en train d'étudier. Certainement dans sa chambre. Il est beaucoup concentré là-dessus. Je lis beaucoup de sérieux dans son attitude. Je crois que c'est tout ». 1'11.

Procédés : A travers ce récit, on note une description (A1-1 : « un enfant »), avec une justification de l'interprétation. Puis, il y a une précision temporelle (A1-2 : «...dans sa chambre. »). Dans cette description, on note une altération de la perception liée à un scotome de l'objet manifeste (violon). Il peut s'agir d'un déni de l'objet castrateur (E1-1), avec une idéalisation de la représentation de soi, dans sa valence positive (CN-2).

Planche 2 : 9" « Une jeune fille qui a derrière elle, je crois, un homme assis à côté de son cheval, à sa gauche, une ...adossée. Il semblerait qu'elle sort des cours mais son attitude n'est pas pour une personne qui a bien travaillé en classe. Sauf si elle n'est pas venue faire des recherches en cet endroit. Je me pose bien la question si ce n'est pas une

pyramide, quelque chose comme une pyramide. Parce qu'il y a des endroits comme ça loin de chez nous où quelqu'un peut aller faire des recherches. Quand j'étais au Mexique, j'ai vu des pyramides où elle est allée faire des recherches. Parce que je lis qu'elle sort d'une situation difficile. Elle va dans cet endroit pour effacer ce qu'elle a de mal dans sa tête ». 4'10

Procédés : Le début du récit se caractérise par une description de la réalité externe (A1-1). Puis, on note un investissement de la réalité interne avec un recours au fictif et accompagné des précautions verbales, avec une désidérialisation de soi (A3-1 ; A2-1 ; CN-2). On note aussi des références culturelles, spatiales et une intellectualisation (A1-2 ; A1-4 ; A2-2), une altération du discours se caractérisant par des associations de coq à l'âne (E4-4) et une expression d'affects (A3-4 ; B1-3 : « ...situation difficile ») sur la base de l'isolation.

Planche 3 BM : 14'' « Je ne peux pas savoir si c'est un garçon ou une fille. Ça représente la situation d'un enfant qui est très abattu. Pas grand-chose à dire là-dessus. Peut-être que si je la voyais de face, je pouvais avoir quelque chose à ajouter, par la nuque, si elle ne s'en dort pas peut-être. Généralement, ça, ce sont des situations des personnes en deuil, dos tourné contre le mur, contre la chose qu'on pleure. Ça, c'est sinistre. Si ce n'est pas le cas d'un élève qui a mal travaillé ». 2'44.

Procédés : Après une hésitation chez le sujet (A3-1 : « garçon ou fille »), on note une expression d'affects forts (B2-2 : « très abattu »). Puis, on note une description de la réalité externe accompagnée par des précautions verbales, un remâchage (A3-1).

Planche 4 : 6'' « ça c'est un couple dans leur chambre certainement. On dirait que le mari, l'époux est un peu mécontent et la femme insiste pour le ramener à la raison. Ce n'est pas une photo de joie. S'il y avait la joie, le mari se serait retourné du côté de son épouse ». 1'25.

Procédés : On note une description de la réalité externe par le sujet et une précision spatiale (A1-1 ; A1-2). On note une expression des désirs contrastés accompagnée de précautions verbales (B2-2 ; A3-1).

Planche 5 : 12'' « Cette dame vient juste visiter la chambre d'un de ses enfants certainement. Parce que en haut ici, je vois des bouquins qui ne sont pas en ordre, c'est qu'il est en train d'étudier. Elle est venue s'assurer du bon travail. La veilleuse et le bouquet de fleurs indiquent l'amour et la paix dans ce milieu. En tout cas, c'est tout ». 2'.

Procédés : Ce récit repose sur une description de la réalité externe (A1-1). On note aussi un investissement de la relation chez le sujet se caractérisant par l'introduction des personnages non figurant sur l'image (B1-2 : « ses enfants ») et un investissement de la réalité interne, en recourant au fictif (A2-1).

Planche 6 BM : 15'' « ça, c'est un monsieur derrière sa vieille, qui est certainement venu dire au revoir à sa vieille. Sa vieille ne partage pas son opinion, d'où le dos tourné. Ce qui me fait dire cela, c'est le chapeau entre ses mains. Et la vieille, le dos tourné, elle ne fait pas cas. C'est tout ». 1'45.

Procédés : Le sujet fait une description de la réalité, avec justification des interprétations (A1-1). Dans ce récit, l'accent est mis sur les relations interpersonnelles

(B1-1).

Planche 7 BM : 4'' « ça c'est une photo de famille. Ça ne présente pas de désaccord entre les deux personnages que je vois. Beh ! Comme c'est bien. Il n'y a rien à dire ». 1'.

Procédés : On note un surinvestissement de la réalité externe, avec une référence plaquée à la réalité externe (CF-1 : « photo de famille »). Puis, il y a une dénégation chez le sujet accompagnée d'une formation réactionnelle (A2-3 ; A3-3) et anonymat des personnages (CI-2) qui conduit à un évitement de conflit chez le sujet.

Planche 8 BM : 10'' « ça, ça représente une intervention chirurgicale...Il y a un patient qui est allongé. Ici, on dirait une carabine et la main du médecin avec le bistouri essaie de voir...essaie d'intervenir sur le patient. Derrière le médecin, se trouve son second. Je ne sais pas si cette photo représente le patient ou bien un des seconds du médecin. C'est tout ». 2'19.

Procédés : On note une description de la réalité externe avec des précisions chiffrées (A1-1 ; A1-2). Puis, il y a une tendance à l'inhibition marquée par des silences intra récits (CI-1). Le sujet termine son récit avec une hésitation accompagnée d'une dénégation (A3-1 ; A2-3).

Planche 10 : 3'' « Ça, c'est la tendresse...un père vis-à-vis de son fils...Il le prend dans ses bras, le fils se laisse emporté. Ce baiser au front dit beaucoup. On voit la main du petit qui se rabat sur son père. Ça, c'est de la tendresse. Il n'y a rien à dire. Ce petit se sent mieux auprès de son père. C'est tout ». 1'34.

Procédés : Il y a un investissement de la relation commence par une expression d'affects (B1-3). Puis, on note une tendance à l'inhibition caractérisée par des silences intra récits (CI-1). Il y a une érotisation de la relation, avec un symbolisme transparent (B3-2 : « ...Il le prend dans ses bras, le fils se laisse emporté. Ce baiser sur le front dit beaucoup... ») et une altération de la perception, avec des fausses perceptions (E1-3 : « Ce baiser sur le front »).

Planche 11 : 39'' « ça, une chauve-souris qui tombe...tombe au sol. Et sur ce sol, il y a des cailloux. Ici, aussi, il y a un insecte mais j'ignore le nom. Je ne sais pas très bien ce que c'est que l'insecte. Ici des cailloux. Là, je ne sais pas quoi dire, si c'est un insecte. Je ne sais pas quel nom lui donner. C'est trop flou. Je ne trouve pas grand-chose à dire là-dessus ». 2'40.

Procédés : On note une description de la réalité externe par le sujet (A1-1), avec des fausses perceptions accompagnées de dénégation (E1-3 ; A2-3), conduisant à une indétermination du discours (E4-3) et à une porosité des limites (CL-1 : « Je »).

Planche 13 MF : 9'' « Là, on dirait que le mari... le mari a constaté le décès de son épouse. De ce signe...de sa mère qui montre que là, il n'y a plus rien à faire. C'est le chaos. C'est tout, c'est le désarroi. La femme montre qu'il n'y a plus rien à faire. Il a le dos tourné vers son épouse. C'est qu'il n'y a plus rien à faire, c'est fini ». 1'55.

Procédés : On note une description de la réalité externe (A1-1). On note une introduction d'un personnage non figurant sur l'image (B1-2 : « sa mère »). Puis, il y a une émergence des processus primaires se caractérisant par une projection massive de représentations mortifères (E2-3).

Planche 19 (Tourne la planche et regarde derrière la planche) : 14'' « ça, c'est un papier peint. Alors, là, il faut être le dessinateur pour donner le fond du dessin. C'est un papier peint. Les détails, je ne saurai les expliquer. Il faut être le dessinateur pour expliquer le dessin. C'est tout ». 47''.

Procédés : Après un regard derrière la planche, on note une référence plaquée à la réalité externe (A1-1 : « papier peint...dessin... »). Puis, il y a une porosité des limites chez le sujet entre le narrateur et le sujet de l'histoire (CL-1).

Planche 16 : 3'' « J'ai comme l'impression que c'est comme si je me mirais. Et malgré que je rapproche l'image de ma tête, je ne me vois pas apparaître. Il y a pas grand-chose à dire. Une histoire-là, ce n'est pas facile ». 1'15.

Procédés : On note une porosité des limites (CL-1) chez le sujet et l'existence des relations spéculaires (CN-5). Ce qui renvoie à une négation de l'intersubjectivité et à l'évitement du conflit. Par ailleurs, on peut noter une difficulté pour le sujet à s'investir narcissiquement.

Cas n° 5, Martine, 39 ans

1. Résumé des éléments d'anamnèse et d'entretien

1.1. Présentation

Agée de 39 ans, Martine a 7 enfants comprenant trois garçons et trois filles. Commerçante et mère au foyer, elle a été employée en tant que ménagère chez un Européen pour une durée d'un an (départ de l'employeur). Martine présente un amaigrissement important et des plaintes somatiques. C'est sur conseil d'un infirmier psychiatrique qui s'inquiète de son amaigrissement qu'elle vient rencontrer le psychologue pour la première fois. Lorsque Martine se présente, elle est dans un état dépressif.

1.2. Anamnèse

Punu originaire de *Ndendé*, Martine est l'aînée d'une fratrie de 4 enfants dont deux sont décédés. Son père était polygame (deux femmes) et sa mère était la première épouse. Martine a arrêté ses études en classe de 6^{ème} suite à sa première grossesse à l'âge de 14 ans. Mariée à la coutume et à l'état civil depuis l'âge de 24 ans, à un électricien automobile, *Punu de Moabi*, Martine est mère de sept enfants comprenant 3 garçons et 4 filles (dont une est décédée à l'âge de 5 ans de suite d'une fièvre).

Depuis quelques mois, Martine prie dans une église protestante. Elle y va sans son mari qui ne veut rien entendre parler. Des conflits conjugaux ont été relevés chez la patiente. Ce qui la rend très angoissée et la fait ruminer des pensées. Cette situation est liée au fait qu'elle soupçonne que son mari a une amante. Pour cela, il abandonne sa famille et son foyer conjugal. Suite à cela, une réunion familiale a été organisée au cours de laquelle il lui a été reproché ces faits.

1.3. L'histoire de la maladie

Le symptôme principal que présente Martine est l'amaigrissement. L'histoire de cette maladie commence, il y a environ trois ans lorsque Martine a eu un retard. Il s'en est suivi une interruption volontaire de la grossesse (I. V. G.) clandestine. Cette interruption s'était mal passée, conduisant ainsi à son hospitalisation où elle y était restée dix jours dans le coma.

Après un long traitement, Martine sort de l'hôpital. Quelques mois après, elle prend une grossesse d'un enfant qui a 16 mois aujourd'hui. L'accouchement s'était bien passé et environ trois mois après son accouchement, elle a commencé à maigrir. « Je croyais que je maigrissais parce que j'allaitais » dit-elle. L'entourage familial était aussi inquiet de son amaigrissement. Martine se plaignait des maux de tête des troubles du sommeil : elle se réveillait la nuit et ne dormait plus.

1.4. Les causes de la maladie

Face à cette souffrance, Martine a commencé à fréquenter les églises où le pasteur lui aurait dit que ce sont les parents maternels, notamment l'oncle maternel qui est à l'origine de ses problèmes. Cette accusation vient corroborer les assertions traditionnelles déjà existantes rendant l'oncle responsable de la sorcellerie dans la famille. En effet, dans la famille de Martine, il y a eu toute une succession des décès inexplicables. Les consultations chez les *nganga* ont tenu l'oncle comme responsable de tous ces faits. Le fait que les églises viennent soutenir cette assertion a renforcé la conviction de Martine qui y croyait déjà.

Suite aux problèmes d'amaigrissement de Martine, une rencontre familiale réunissant les familles paternelles, maternelles et celles du mari avait été organisée. Au cours de cette rencontre, la famille paternelle a menacé et accusé la famille maternelle d'être à l'origine des problèmes de leur fille. Pour cela, un sursis lui a été accordé, sursis au cours duquel la patiente devrait guérir, sinon ils iraient tous voir un *nganga*.

Après cette réunion, des changements ont été notés dans le comportement du mari qui devient très présent auprès de sa famille. Ce qui fait plaisir à sa femme qui a commencé à y croire et à ne plus penser aux difficultés rencontrées antérieurement. « Il ne s'occupait plus de moi, là, ça a changé. Quand il ne me donnait pas de l'argent, je pensais qu'il avait construit une maison à son amante. Ce sont ses amis qui me l'ont dit. En lui demandant cela, il a nié. Je ne pense plus à ça. Même le problème de santé de son fils a trouvé une solution. Le père a payé les médicaments. Ce qui veut dire qu'il a changé ».

2. Protocole de Rorschach

Planche I 10'' 1- « C'est la partie de la poitrine.... (milieu central). 2- Ici là, c'est les bras (Saillie		D F- Hd Dd F+ Hd Ddbl F Hd Dd F- Hd
---	--	--

extérieure supérieure)... 3- Ici ce sont les côtes ». (Dbl central). 4- A peu près ici je vois que c'est le ventre (Bas)... C'est tout ce que je vois ». 2'		
Planche II Regarde derrière la planche « ...Ici là je ne vois rien...Là je ne vois rien ».		→ Choc → Dénégation
Planche III 17'' 1- « Là c'est le ventre, ...le bas ventre (médián bas gris)... 2- ça, c'est le ventre (Dbl central en dessous rouge intérieur). C'est tout ce que je vois ». 1'30	Voyez-vous des personnes ? Aux personnes comme nous autres ? Non.	Dd F- Hd Dbl F- Hd → Choc humain
Planche IV 40'' 1- « Je vois la place où il y a le cœur, le cœur (médián central supérieur)... 2- ...Et les épaules... (Saillie extérieure supérieure). 3- ...Ici, c'est le rein (Saillie extérieure inférieure). C'est tout » (Expire fortement). 2'20		Dd F- Anat Dd F+ Hd Dd F- Anat → Morcellement
Planche V Regarde derrière la planche (Cogne à la porte et interruption pendant 10'') « Là je n'ai rien vu »		→ Choc → Dénégation
Planche VI 18'' 1- « Ici je vois le cou... (Partie centrale en dessous des moustaches). 2- ça, c'est le tronc... (2 parties centrales blanches). 3- le ventre... (partie centrale) 4- ...la vessie (Dbl inférieur bas). C'est tout ». 2'		Dd F+ Hd Dd F- Hd Dd F- Hd Dd F- Anat → Morcellement → Persévération
Planche VII 24'' 1- « C'est la partie du vessie aussi... (D central gris inférieur)... 2- Et le ventre là... (Dbl central). C'est tout ». 1'		Dd F- Anat Ddbl F- Hd Tendence morcellement
Planche VIII 1'25 1- « Je	Voyez-vous des animaux ?	D F- Hd D F- Hd D F- Hd D

<p>vois c'est la partie des côtes (D gris supérieur). 2- C'est la poitrine (D vert central). 3- ...Et ici je vois que c'est au fesse (D orange inférieur). 4- ...Et les deux autres là, je vois que c'est la partie là (Touche ses hanches) (Saillies inférieures orange) ». 4'15</p>	<p>Ici je vois comme les animaux, les deux. ? Ils montent ? Je ne sais pas si c'est un arbre, sur un arbre. Je ne vois rien).</p>	<p>F- Hd Tendance morcellement (D kan A Ban) - Tendance lien</p>
<p>Planche IX (Tiens la planche des deux mains. Interruption pendant 10'', entrée du psychologue dans la salle). 1'10 1- « Là, je vois la partie du vessie (Partie rose entière en bas). 2- ...Le ventre...(Verts latéraux). 3- ...Et le tronc (Grande lacune). 4- A peu près la poitrine (Ddbl supérieur entre les projections brunes supérieures vers le milieu). C'est tout ». 3'05</p>		<p>D F- Anat D F- Hd Dbl F- Hd Ddbl F- Hd</p>
<p>Planche X (Regarde derrière la planche). 25'' 1- « ça, c'est le tronc (Gris latéral, en haut). 2- ...ça c'est le ventre (Moitié inférieure de la lacune supérieure entre gris en haut et rose). 3- ...et le bas ventre (Lacune inférieure sous le bleu central). 4- et la vessie (Lacune entre vert médian entier, en bas). 5- ...et les membranes (Deux bleus latéraux). C'est tout ». 3'35</p>		<p>D F- Hd Ddbl F- Hd Dbl F- Hd Dbl F- Anat D F- Anat</p>

Choix + : III et X. Parce que j'ai déterminé ce qu'il y a dedans.

Choix - : II et V. Puisque je n'ai pas compris ce qui sont dedans.

2.1. Psychogramme

PSYCHOGRAMME DE RORSCHACH		
Nom : Martine	Date : Juillet 2005	Âge : 39 ans
<u>Facteurs planétaires</u> R : 28 TEst : 20/15 TR : 40" TLM : 36" RC% : 46 Choix : II et V.	<u>Modes d'apprentissage</u> D : 9 Dd : 11 Dbl : 4 Dbl : 4 D% : 32 Dd% : 39 Dbl% : 11 Dbl% : 14	
<u>Facteurs déterminants</u> T1 : 4 F : 24 F : 28	Contenu Id : 20 Anx : 7	
F% : 100 F+% : 71	F+% : 14	TA : D-Dd-
TRL : 08/00 Ambivalent		FS : 08/05

Cas n° 6, Patrick, 17 ans

1. Résumé des éléments d'anamnèse et d'entretien

1.1. Présentation

Agé de 16 ans, Patrick a été rencontré à la prison où il est en détention préventive depuis près de 11 mois, suite à des coups mortels au cours d'une bagarre qui s'était éclatée au cours d'un vol de walkman.

Lorsque Patrick se présente à moi, il est accompagné d'un agent de sécurité et coiffé à la « bakékolo ». Ce qui paraît surprenant pour un prisonnier. Ce n'est qu'après que j'ai fini par apprendre qu'il était le chef du quartier de mineurs incarcérés. Selon lui, son rôle est de « ramener la sécurité, amener les gens à réfléchir sur soi-même. J'essaie un peu

de mettre de l'harmonie. C'est le même rôle que j'avais à la maison que j'essaie d'appliquer ici ».

Patrick s'assit en face de moi avec l'air un peu perplexe, certainement lié au fait que je sois étranger et inconnu d'eux. J'imagine que tous les prisonniers doivent avoir la même appréhension lorsqu'ils sont convoqués à la direction.

Après un bref entretien, une passation du test (Rorschach et TAT) lui est proposée. Ce qui est accepté mais avec un peu de perplexité. La passation des deux tests s'est faite en deux jours. A la fin du deuxième jour, Patrick est revenu sur le niveau d'étude qu'il m'avait donné la veille. Au lieu du niveau 6^{ème}, il me dit qu'il est en 4^{ème}. Pour lui, dire en prison qu'il est en 6^{ème} lui permet de se protéger et de ne pas se valoriser.

1.2. Anamnèse

Fang de père et Bawongué de mère, Patrick a un niveau d'étude de 6^{ème}. Il est l'aîné d'une fratrie utérine de cinq enfants dont une fille, la benjamine qui a deux ans. Alors qu'il est le benjamin d'une fratrie paternelle de huit enfants, dont quatre filles et quatre frères.

En ce qui concerne, son agressivité, Patrick note qu'avant la prison, il était toujours tenté par des bagarres, des injures. Il était bagarreur depuis son jeune âge (ne se rappelle pas). « Depuis deux à trois mois que je suis en prison, j'ai essayé de voir que la bagarre, ce n'est pas bon ».

En ce qui ses parents, Patrick habite pendant l'année scolaire chez son père et pendant les vacances, il va chez sa mère car les parents n'ont jamais habités sous le même toit. Patrick note qu'au début de son séjour en prison, les parents venaient de temps en temps, mais cela fait trois mois environ depuis que la mère n'est plus passée le voir. Ce qui l'attriste énormément.

1.3. L'histoire de la maladie

Lorsque l'incident arrive en août 2003, Patrick est chez sa grand-mère maternelle à qui il était allé rendre visite. Lors de la bagarre, Patrick était accompagné de trois petits frères. Après cette bagarre qui avait entraîné la chute mortelle de la victime qui avait été conduite à l'hôpital, Patrick s'est enfui chez son père. Alors que ses frères ont été cachés par peur de vengeance de la famille adverse.

Mais il se trouve que le domicile de la grand-mère a été envahi par les parents de la victime après l'annonce de son décès à l'hôpital. Pour cela, la grand-mère a été séquestrée et prise en otage pendant trois jours. L'arrivée de la Police judiciaire (PJ) a permis de récupérer la grand-mère et de la protéger pendant trois jours tout en demandant à Patrick de se rendre.

Pour Patrick, ce sont ses cadets qui sont à l'origine de ce crime. Pour qu'ils ne soient pas mêlés aux poursuites judiciaires, il a déclaré être l'auteur du crime.

1.4. Les causes de l'incident

Pour Patrick, le crime qu'il a commis n'est pas naturel ; il est le résultat d'un ensemble de

forces qu'il ne maîtrise pas. Il se trouve que dans cette situation, il était envoûté. Ce sont les esprits qui le contrôlaient et non lui-même. Et il n'arrive pas à s'expliquer comment avec un petit coup la personne a pu être touché mortellement.

2. Protocole de Rorschach

Planche I (Tient la planche des deux mains). 29''

« Je vois un monstre avec des ailes...et comme... C'est tout ». 58''

Planche II 15''

- 1- V « ça c'est comme le corps humain,
- 2- L'anus (Deux petites barres séparant les deux parties de la lacune centrale),
- 3- Les côtes (Grande partie latérale).
- 4- Ici là, les reins (Rouge bas) ». 2'46

Planche III (Regarde bien la planche, la tient des deux mains, demande la bonne position).

^ V « Je ne sais pas ce que c'est ».

Enquête : Suggestion des H : « Oh ! oueh ! Comme une femme et un homme. Il y a un cœur au milieu, deux cœurs qui s'embrassent. Ils sont retirés avec les bras tendus et les pieds tendus, comme s'il y avait un humain au milieu qu'ils sont en train de tuer ».

Planche IV (Regarde de près la planche). 1'30 ^V ^

- 1- « Je ne sais pas si c'est un monstre. Je ne sais pas.
- 2- Ce sont des oreilles (Saillies latérales supérieures).
- 3- Maintenant là, je ne sais pas si ce sont les cornes (Saillies latérales supérieures).
- 4- Là, la colonne vertébrale (Partie centrale).
- 5- > < Comme s'il y avait des chiens sur les côtés (Grandes saillies inférieures).
- 6- En, plus, je vois la bouche (Dans grande saillie latérale inférieure) et le menton sous la bouche.
- 7- V Je vois une personne comme un ange (Saillie extérieure inférieure), une personne qui est attachée par l'arrière ». 6'40

Planche V : ^V ^ > < ^ 1'24

- 1- « Comme s'il y avait des yeux, un œil ouvert, l'autre fermé (Dans tête petit blanc).
- 2- Le nez et la bouche sont ouverts mais ça ne se voit pas bien. Comme si elle est en train de rire.
- 3- V ^ > < Je vois l'œil, un nez ici, une bouche. Ici c'est visible mais là-bas non.
- 4- Il y a aussi une personne ici là qui doit être assise avec les mains comme ça (mime le geste de prière).

Je crois qu'il y a deux camps entre le Bien et le Mal, le bon et le mauvais ». 7'48

Planche VI (Touche la tache du doigt. Regarde fixement la planche en collant presque la tête sur la planche). $\wedge > \wedge V \dots \wedge$ 1'43

1- « Je vois qu'il y a un homme debout attaché avec une corde, les mains derrière le dos (Saillie latérale en haut).

2- Comme s'il y avait aussi une personne sous...attachée ici (Toute la partie supérieure». 5'11

Planche VII $\wedge V \wedge > \wedge$ 1'12

1- « Comme si je voyais deux animaux (3^{ème} tiers), ils se collent leur derrière. La bouche, les yeux, le museau (2^{ème} tiers)...

2- Je vois deux trucs qui se regardent (3^{ème} tiers) et qui se séparent de l'autre (2^{ème} tiers). L'autre qui va vers le mal et l'autre qui vers le bien... ». 4'17

Planche VIII (Tient la planche des deux mains) $\wedge > \wedge V \wedge > 56''$

1- « Je vois comme un animal, deux, l'autre en haut, l'autre en bas.

2- \wedge Je vois deux animaux les deux de chaque côté qui veulent prendre la place, non ils se discutent la place (2^{ème} tiers bleu)

3- (Regarde bien de près) Je crois en haut là-bas, il y a deux personnages (Gris en haut).

$V \wedge V > \wedge$ Rien d'autre ». 4'03

Planche IX : $V > \wedge$ 1'52

1- « D'après ce que je vois, il y a deux personnes (rose). Là, les yeux (Rose en bas sur le côté).... (Touche la partie brune avec les doigts).

2- \wedge Ici, comme s'il y avait encore des gens (Brun en haut).

3- Et ici comme des personnes qui se regardent et sont assises et font que s'observer (monticule dans le brun).

4- Je vois là comme s'il y avait un homme debout là (Brun en haut).

5- Là, je ne sais pas, comme un objet, une arme qui a la forme d'un couteau (Projections brunes supérieures vers le milieu) ». 8'15

Planche X : $\wedge V \wedge$ 1'38

1- « Ici là, je vois comme les trucs, comme les animaux (Gris latéral, en haut). Il est en train de sortir de leur bouche un liquide (Brun médian, en haut).

2- Là, je ne sais pas ce que ça veut dire (Jaune médian en bas).

3- $> \wedge$ Je vois comme si c'était une femme et un homme (Brun latéral, en bas) mais il y a des choses qui sortent d'eux (jaune latéral, Gris brun latéral). Puisque peut-être qu'ils avaient des choses qui étaient mal en eux, ils sont en train de se dégager ». 6'15

Choix + : VIII et X

VIII : « Comme si je suis en train de voir deux personnes qui sont en train de se diriger vers le Bien, voulant faire ce qui est bien ».

X : « Je vois des choses qui étaient mauvaises qui sont en train de partir d'eux. Si je comprends bien, les deux là étaient envoûtés par ces trucs ».

Choix - : III (Celle-ci a d'abord été choisie comme +, puis retrait) et VII

III : « Deux personnes qui sont en train de tuer quelqu'un, tuer un humain, de faire du mal ».

VII : « Les deux en se regardant ne s'aiment pas. (?) Parce que l'autre a envie de prendre toute la place. L'un d'entre eux veut avoir tout pour lui. Il y a la jalousie. (?) C'est des femmes ».

3. Protocole de TAT

Planche 1 : 42" « ça c'est quoi d'abord le violon ? Je vois un petit garçon qui essaie de visionner son violon.....Il réfléchit comment le jouer. (? S'il réfléchit peut-être, ça dépend de lui maintenant). » 2'.

Planche 2 : 40" « Je vois deux femmes, un homme, un cheval, les livres qui sont sur la main de la jeune fille. Il y a en plus deux femmes qui sont enceinte et les deux livres là sont tenus par le jeune fille ». 1'40

Planche 3 BM (Regarde fixement la planche) : ><V 25" « Sur la photo qui est là, je vois une femme, une jeune fille qui est assise au sol, la tête sur le fauteuil, le canapé, qui est en train de pleurnicher. Je ne sais pas si elle pense ou pleurniche. Je ne sais pas ». 1'20

Planche 4 : 16" « Je vois une femme et un homme. Une femme tenant son mari. Je crois que son mari a l'air fâché de ce qu'il a pu entendre ou voir. (? La femme essaie de l'attraper. ? Là, ça dépend de l'homme maintenant) ». 1'20

Planche 5 : 10" « Je vois une femme qui est devant la porte, une table, une veilleuse, un pot de fleur, des livres. (? Elle regarde) ». 1'

Planche 6 BM : 9" « Je vois un homme plus une vieille femme. Un homme tenant son chapeau en main. Tous les deux sont debout. L'homme, il a la mine amarrée et la femme a l'air inquiet... » 1'14.

Planche 7 BM : 6" « Toujours pareil, un homme et une femme. Un jeune homme plus un vieil homme. Le vieux qui regarde le jeune homme. (? Je ne sais pas) ». 20".

Planche 8 BM : 34" « Je vois quatre personnages, un tenant le contenu en main et l'autre qui est debout et celui-là est couché sur le lit et l'autre, il regarde seulement. (? Peut-être qu'ils sont en plein.... Je ne sais pas) ». 2"

Planche 9 BM : 11" « Je vois encore quatre personnes qui sont en train de dormir. Je vois il y a trois qui dorment et il y a un qui est debout en train d'observer les deux ». 1'10.

Planche 10 : 3" « Bon, là je vois... Bon, là je vois...une femme...plus un petit garçon. La femme tenant le petit garçon dans ses bras. (? Peut-être, ça peut être un signe de tristesse. Elle essaie de le consoler, en fonction de l'émotion qu'il vit. ? Je ne sais pas) ». 1'15.

Planche 11 : >V^< (Regarde fixement la planche dans tous les sens). 1' «On tient ça comment ?...Je ne vois rien. Je vois seulement...>^V... Je vois juste une porte, comme un château détruit... ». 2'05.

Planche 12 BG : 6'' « ça c'est en pleine forêt. Je vois un arbre, un truc comme une pirogue et des arbres, des arbres ici. (? La pirogue se pose à l'eau. Personne ne s'apprête à monter. Non, pas en pleine forêt. Comme si l'eau a séché ». 52''

Planche 13 B : 23'' « Je vois le petit garçon assis devant une porte. Il est pied nu. Je ne sais pas ce qu'il attend. (? Je ne pense pas. Il regarde juste devant lui. ? Non, il n'est pas triste. ? Non, il ne se plaint pas d'être triste ». 1'.

Planche 16 : 1' « Rester auprès des parents, faire tout ce qui est désirable, répondre à leurs désirs » 1'20.

Cas n° 7, Véronique, 29 ans

1. Résumé des données d'anamnèse et d'entretien

1.1. Présentation

Célibataire et militaire de profession, Véronique est mère de deux enfants (un garçon et une fille) qui sont gardés par son père. Hospitalisée à plusieurs reprises puis sortie, Véronique a été « ramassée » dans la rue le 30 mai 2002, suite au programme institué par l'Etat de ramassage de malades atteints de troubles mentaux errants dans la ville. Lorsqu'elle vit avec l'un ou l'autre parent, elle s'enivre d'alcool et devient agressive, insomniaque, anorexique. Elle présente des troubles du comportement, une incurie vestimentaire, et se trouve dans un état délirant. Et c'est cet état qui lui vaut son dernier séjour d'hospitalisation en psychiatrie pendant lequel elle a pu bénéficier d'un bref suivi psychologique (deux séances), à sa demande.

1.2. Anamnèse

Agée de 29 ans, Véronique occupe le deuxième rang d'une fratrie utérine de deux enfants vivants et dont plusieurs sont décédés. Elle est née dans un foyer polygamique où sa mère était la première épouse, aujourd'hui répudiée par son père pour des raisons de maladie (sa mère possède des antécédents psychiatriques). Son père, un officier à la retraite de la sécurité publique, est présenté par la patiente comme un homme violent. Véronique a été élevée par ses deux parents jusqu'à l'âge de 4 ans environ, moment de la séparation des parents. Elle fut ensuite gardée par son père.

Au niveau scolaire, Véronique a eu un parcours très difficile, ponctué par de nombreux échecs scolaires. Au primaire, elle avait pu obtenir son concours d'entrée en 6ème, ainsi que son certificat d'études primaires élémentaires (CEPE). Au secondaire, elle ne pouvait dépasser la classe de 6^{ème} et était exclue pour mauvais résultats scolaires, après avoir repris sa classe. Ce qui avait entraîné la colère de son père

Puis Véronique entreprit une formation professionnelle d'éducatrice du préscolaire et

protégé en vertu de la loi du droit d'auteur.

obtient son diplôme. Elle fut incorporée dans l'armée à la demande de son père. Après sa formation, elle est affectée dans un jardin d'enfant d'un camp militaire. En ce moment, elle n'a pas repris son poste de travail pour des raisons de santé. Actuellement, elle vit avec sa mère qui l'accompagne depuis le début de sa maladie, un peu partout. Mais Véronique ne supporte pas la présence de sa mère à ses côtés, la rejette et l'agresse parfois violemment.

1.3. Histoire de la maladie

« Tout a commencé par des contractures des membres supérieurs et inférieurs il y a environ un an. J'habitais avec mon père. Nous avons consulté un tradithérapeute, il nous a prescrit des potions à base des plantes, des bains thérapeutiques. Le séjour chez le tradithérapeute a duré environ deux semaines à un mois. Ce traitement avait amélioré mon état. Après ses premiers soins, mon père m'amena en consultation chez un psychiatre de la place. Ce traitement dura deux mois environ.

Au début de l'année 2002, vu mon état qui s'aggravait, mon père m'amena en consultation à l'hôpital psychiatrique. Je suivais d'abord mon traitement à la maison. Ensuite, j'ai été hospitalisée et j'ai passé près de trois mois. Après la sortie, j'ai arrêté le traitement par manque de moyens financiers pour payer les médicaments. Mon salaire était suspendu à l'époque. En mai 2002, c'était la deuxième hospitalisation demandée par ma mère car je vivais avec elle. Je prenais comme médicament de l'haldol, le nozinan, l'artane. Je me sentais bien et ma mère demandait ma sortie parce qu'elle voulait aussi sortir ».

Il est à noter que Véronique s'enivre énormément d'alcool. C'est dans ces circonstances qu'elle s'est retrouvée dans la rue, à demi nu. En 2002, lors de son premier séjour en psychiatrie, Véronique n'avait pas de nouvelles de ses parents qui ne lui rendaient pas visite. Sa mère, à l'époque se trouvait dans son village. Pendant cette hospitalisation, elle a fait plusieurs fugues. L'équipe soignante avait pris contact avec son père dans le but de la réinsérer familialement. A sa sortie de l'hôpital en 2003, elle s'était rendu chez son père. Là-bas, sa mère venait lui rendre visite mais la patient était toujours agressive envers elle ; elle continuait à s'alcooliser chez le père.

En 2004, Véronique rechute et est ramenée à l'hôpital psychiatrique par les pompiers, à la demande de sa mère. A l'arrivée, elle est agitée, avec une incurie vestimentaire, agressive envers le personnel, amaigrie, avec un regard figé. Elle a été hospitalisée avec sa mère qui présentait également des troubles psychiatriques. Elle avait fugué à nouveau et était ramenée dans le service par les forces de sécurité et transférée dans un pavillon fermé. Elle était mise sous traitement à base de neuroleptiques (Haldol, Nozinan, Artane, Piportil et Tegretol). Elle avait séjourné pendant un mois dans l'institution.

A sa sortie, Véronique et sa mère se rendirent chez un oncle maternel (frère de sa mère) au quartier. Depuis sa sortie, au début du mois de mai 2005, elle vient passer les contrôles médicaux, accompagnée de sa mère.

1.4. Les causes de la maladie

La maladie de Véronique soulève un ensemble d'interrogations familiales. En effet, il est à noter que les parents se renvoient la balle au niveau de l'origine de la maladie de leur fille. Pour la mère, c'est le père qui est l'auteur ; il l'a sacrifiée. Quant au père, c'est la mère qui exerce ses pratiques sorcières sur l'enfant, d'où d'ailleurs l'origine de leur divorce, à cause de ses problèmes de sorcellerie.

Cet ensemble de croyances vont influencer le discours de Véronique qui va les reprendre pour son propre compte. De ce fait, pour le sujet, c'est sa mère qui est à l'origine de sa maladie. C'est une sorcière, elle ne veut pas qu'elle guérisse. Elle exerce une action sur elle pour qu'elle ne guérisse pas.

2. Protocole de Rorschach

Planche I 31''

« C'est un papillon ».

Planche II (Elle regarde fixement l'image pendant un long moment). 1'02''

« Deux chiens...C'est tout ».

Planche III 37''

« Deux enfants...C'est tout ».

Planche IV 05''

« Un cafard ».

Planche V (Elle me regarde fixement) 25''

« Une chauve-souris ».

Planche VI 05''

« Un chat huant » (Elle regarde ensuite fixement l'image).

Planche VII 05''

« La fumée » (Elle regarde toujours fixement la planche).

Planche VIII 24''

« Les fleurs » (Elle regarde fixement toujours la planche).

Planche IX 10''

« Toujours les fleurs »

Planche X 28''

« Une case »

Enquête : Pendant les enquêtes, la patiente est restée mutique. A la fin de la passation, elle a pu déclarer : « il y a des couleurs vives ».

Choix + : Néant et **Choix -** : Néant

Cas n° 8, Blaise, 39 ans.

1. Résumé des données d'anamnèse et d'entretien

1.1. Présentation

Célibataire et sans enfant et sans emploi, Blaise vit avec sa sœur à Libreville. Lorsqu'il est conduit en psychiatrie par sa sœur, il est dans un état délirant très construit. Quand je rencontre Blaise, il est suivi en ambulatoire et vient de temps en temps pour prendre son traitement médicamenteux et rencontrer les psychologues.

1.2. Anamnèse

Agé de 39 ans, Blaise est d'ethnie Massango. Il est l'aîné d'une fratrie de deux enfants dont une fille et un garçon. Initié au Mwiri très jeune (10 ans), Blaise est catholique. Depuis peu, il fréquente les églises protestes. Ce qui l'amène à parcourir les églises, parfois sur invitation.

1.3. L'histoire de la maladie

L'histoire de la maladie de Blaise remonte à environ une dizaine d'années : « ...C'est en décembre 1985 que je suis tombé malade ; j'étais énervé et agressif. On m'a amené chez les *nganga*. Les soins chez les *nganga* ne marchaient pas ; ils disaient que maladie pouvait les tuer. Et c'est à partir de là que je suis allé dans les églises prier. Mais ça ne marchait pas toujours. Et en 1994, j'ai été hospitalisé en psychiatrie et j'y ai passé neuf mois. Le traitement suivi m'a aidé. Jusqu'à présent, c'est ce traitement qui m'aide malgré les menaces mystiques. Si on arrête de me menacer mystiquement, je peux guérir. Quand je commence à avoir quelques difficultés, quand je suis menacé, je vais me donner à Dieu et de temps en temps, je viens prendre les comprimés ici à l'hôpital ».

Après, on m'a amené au « cabanon » en janvier 1986, c'était les sapeurs pompiers, ce n'était pas pour me soigner mais pour me tuer avec du formol.

1.4. Les causes de la maladie

Blaise a un discours très persécutif concernant l'origine de sa maladie. Pour lui, la maladie est d'origine mystique et surnaturelle. Dans son discours, le patient accuse nommément un de ses voisins du quartier : « ...c'est lui qui m'a lancé un sort ; ils sont venus me mettre un vampire à la tête pour que les sorciers me bouffent partout où je suis ». En effet, pour le patient, il s'agit d'une histoire entre deux familles et d'un crime auquel il aurait assisté. En ce qui concerne le crime de famille, Blaise pense qu'il est victime parce qu'il aurait témoigné contre quelqu'un aurait trahi la pensée du groupe. « Les gens du Mwiri n'ont pas voulu qu'ils soient trahis ; ils ont dit qu'ils vont se venger sur son fils. Et ils ont envoyé un fusil nocturne pour m'atteindre... ».

2. Protocole de Rorschach

Planche I (Dépose la planche, la soulève)

> V 44'' « Je vois comme si c'est une chauve-souris. Tout le long, il y a des ailes qui s'envolent quoi...en train de s'envoler, est en plein vol ». 1'50

Enquête : « Je vois des ailes de chaque côté, lui-même au milieu, la tête au milieu des deux bras (D supérieur) et comme une queue (D<). Et ce qui est autour de la queue, c'est les taches de l'encre (Dd extérieur <). Comme il est en plein vol, les poils tombent (Dd <).

Planche II (Grosse respiration)

28'' « Oh là ! ça c'est comme un papillon. C'est comme la chauve-souris, mais comme un papillon. Il y a la tête, les ailes, le bas, il y a la queue. De chaque côté, je vois deux bras (D rouge >). Pas les bras, ses bras. Ou c'est les bras ou c'est les pieds, je ne sais pas. Au milieu, il y a un espace (Dbl), donc c'est le derrière de sa tête, donc son dos, la chauve-souris ou le papillon. Vers la queue, il y a les plumes ou bien les poils quoi... ». 4'05''

Enquête : A vue d'œil, c'est comme une chauve-souris et le deuxième c'est comme un papillon. C'est à partir de la tête (Dd central >) et les ailes de chaque côté. Vers le bas, il y a des poils ou bien des plumes (D rouge <). C'est un papillon parce que c'est court. Ce n'est pas grand comme les chauves-souris. C'est l'ensemble qui est court ».

Planche III : 16''

1- « Ce qui est devant moi, je vois comme deux femmes qui est en train de...piler ou je ne sais pas exactement ce qu'ils sont en train de faire. Il y a deux femmes de chaque côté, comme en train de se tirailler ou de préparer. Je ne sais pas ce qu'il y a au milieu.

2- Une tache rouge au milieu vers leurs mamelles comme s'ils ont les chaussures fermées, genre talons ». 2' 46.

Planche IV : 41''

« Ce dessin, c'est comme une peau de la chauve-souris...Du côté de la tête (D>) et du côté des pieds. Ici-là, c'est la queue (D<). C'est tout ». 1'58

Enquête : « Vers le haut, c'est comme quelque chose qu'on a enlevé. Quelque chose qui ne vit pas ».

Planche V : 19''

« C'est une chauve-souris qui est en l'air, plus haut, qui est en train de s'envoler mais qui est plus haut, avec les ailes beaucoup plus grandes pour planer avec ça. Je vois la tête (D>), les cornes, les pieds (D<) et les ailes de chaque côté ». 2'

Enquête : « Selon la forme qu'il a, la poitrine ne se présente pas de la même façon ».

Planche VI : 22''

« Là, comme si c'est une chauve-souris qui est un squelette, je ne sais pas, comme ça ne vit pas quoi. C'est ce que je peux dire. C'est tout ». 1'02

Enquête : « Je ne vois pas la forme normale de la chauve-souris ou ça devient papillon ou je ne sais pas. Comme si c'est quelque chose retiré sur la chauve-souris ou bien d'un papillon. Ça ne vit pas comme si c'est mort, maintenant un squelette ».

Planche VII : 15''

« Comme si tu veux, un squelette et la peau de la chauve-souris, la chauve-souris qui est mort, déjà avancé, détérioré, qui commence à finir ». 1'34

Enquête : « ça n'a pas toute la forme de quelque chose qui vit, un papillon ou une chauve-souris qui n'a plus la vie en elle ».

Planche VIII : 14''

« Je vois comme si c'est un blason avec deux lions de chaque côté. Et ça la forme d'une chauve-souris ou bien d'un papillon. Du côté de la tête, c'est un peu noir (D>), au milieu, c'est vert et vers le thorax et le bas, c'est orange ». 1'57

Enquête : « On voit comme si c'est deux lions mais en regardant, on voit comme si c'est des léopards ».

Planche IX (Chantonne et semble embêté) 21''

1- « Ce que je vois c'est un dessin qui a toujours la forme d'un papillon ou d'une chauve-souris. Depuis que j'ai commencé, je ne vois que ça. Ça te montre l'intérieur de la chauve-souris ou d'un papillon.

2- Le côté du haut, l'orange.

3- Au milieu, c'est vert

4- et en bas c'est rouge. C'est tout ». 1'47

Enquête : « Je vois vers la tête (Dbl>) et le bas (D central< rose) et le squelette (D axe central) ».

Planche X (Tousse) 21''

1- « Je vois un dessin avec beaucoup de couleurs. Comme si c'est toujours un papillon et une chauve-souris. La tête, c'est noir (D>). De chaque côté de la tête, il y a les ailes, il y a le vert. A côté des ailes, il y a le rouge, le vert, le bleu, le maron, l'orange. De chaque côté, c'est ça.

2- A l'intérieur du squelette, c'est vide. Chaque côté, le jaune et en bas le vert ». 2'50

Enquête : « Je vois la forme que ça et plus les ailes, comme s'il est mort et il est posé par terre ».

Choix + : III et V

III : « ça la forme des êtres humains, les femmes. Je ne sais pas ce qu'ils font »

V : « La forme d'une chauve-souris en train de s'envoler. J'ai l'habitude de voir ça en forêt ».

Choix - : IV et VII

IV : « ça la forme d'une chauve-souris mais ça n'a pas de vie. Donc, je ne supporte pas ça »

VII : « Parce que ça n'a plus la forme de la chauve-souris. On ne voit plus la tête, les yeux. On voit mais ce n'est pas bien représenté ».

Cas n° 9, Gaston, 29 ans

1. Protocole de Rorschach

Planche I (Tient la planche d'une seule main, main droite, un peu à distance, puis des deux mains en la rapprochant).

44'' « C'est comme si c'est un insecte qui se développe en papillon lors de la métamorphose...en papillon ». 1'15

Enquête : « Soit une chenille comme ça quelque chose de ce genre ».

Planche II (Tourne la planche, puis à l'endroit, la tient des deux mains)

« Je ne trouve rien à dire là-dessus »..... ».

1'14

1- « Si ce n'est que le papillon (Rouge bas).

2- Et l'intérieur comme un vaisseau...un vaisseau qui s'apprête à sortir déjà quoi (Grande lacune centrale).

3- Et les extérieur (Rouge haut extérieur) comme si c'étaient des crochets qui protégeaient le vaisseau qui est à l'intérieur puisqu'il a des formes géométriques ». 3'32

Planche III : 18''

1- « ça fait un tableau qui a une référence à l'Afrique là où on tape le tamtam.

2- Et le tambour a la forme d'un crabe (Parties noires médianes).

3- Et eux, ils battent le tamtam sur les pinces du crabes ».

1'54

Enquête : Eux qui ? Ce sont les Africains du village.

Planche IV (Pousse un grand souffle)

17'' « Apparemment, c'est un grand monstre qui sort de l'ordinaire, un monstre qui est en train de sortir, qui vient avec une queue derrière, qui arrive avec des pattes, une queue ». 1'19

Planche V : 14'' « Là, c'est carrément un papillon. Si on ajoute ce sera faux. Je penche pour un papillon ». 1'02

Enquête: « Papillon à cause des ailes, de la queue. Ça, ce sont des antennes ».

Planche VI (Tient la planche de la main droite) 09''

1- « Comme si c'est la peau d'une civette,

2- La peau d'un animal qu'on a enlevée (Deux grandes parties latérales). Dans la tradition, il y a la peau qu'on enlève sur les animaux.

3- La tête (D supérieur), les pattes (Grandes et petites saillies latérales) ». 1'50

Planche VII 14''

1- « N'est-ce pas les algues ça ?

2- Comme les corails en mer.

3- Quand on regarde encore comme si c'était deux lapins qui se regardent ou deux lièvres.

4- Ils ont même des bouches comme si c'étaient des chimpanzés (montre les bouches en touchant sur la planche).

5- A première vue, ce sont des lapins à cause des queues et des oreilles (1^{er} tiers) 2'33

Enquête : « Les chimpanzés, au niveau des mandibules, ils sont en train de se crier eux-mêmes ».

Planche VIII : « Je n'ai aucune idée »

Enquête : « Je vois des singes. Peut-être un peu les animaux en train de vouloir monter un arbre. Comme sur notre symbole là, le drapeau gabonais. Sauf que là, ce sont les animaux d'une autre espèce ».

Planche IX : 15''

1- « Ouh ! C'est compliqué. On peut dire une fleur,

2- Une orchidée (G).

3- Il y a comme deux cotylédons (Deux bruns en haut) qui se font une tape ou qui rient.

4- Bon, au milieu (Deux verts latéraux), c'est comment dirai-je, c'est trop difficile pour moi. Moi, je vois l'orchidée d'une vue globale. 5- Au milieu, je ne sais ce que c'est. Ce sont les supports (Grand axe médian) qui s'enracinent dans la base qui est en bas ». 3' 02

Planche X (Regarde derrière la planche) 15''

1- « Là, maintenant, l'être humain.

2- On a les poumons (Deux roses latéraux). On veut nous montrer comment les poumons sont atteints, peut-être pour les fumeurs.

3- La trachée artère (Gris médian entier en haut),

4- Les poumons (deux roses).

5- C'est l'appareil respiratoire ». 2'05

Choix + : III et V :

III : ça a une relation avec l'Afrique, à cause des gens qui tapent le tamtam.

V : la facilité, j'ai vu directement que c'étaient des papillons.

Choix - : VII et IX

VII : Je n'ai pas pu percer ce mystère comme les autres.

IX : Un peu ambigu, difficile à définir.

Cas n° 10, Mme O. A., 65 ans

1. Résumé des éléments d'anamnèse et d'entretien

1.1. Présentation

Madame O. A. est âgée de 65 ans. Elle est paysanne, mariée ; elle est d'ethnie Gisira et vient d'une commune rurale située à 600 Km de Libreville. Madame O. A. s'est perdue en forêt au moment où, semble-t-il, elle a présenté une bouffée délirante. Aujourd'hui, quand elle vient consulter, elle est stabilisée.

1.2. Anamnèse

Madame O. A. est l'unique fille d'un paysan et d'une paysanne, tous deux décédés lorsqu'elle avait déjà atteint l'âge adulte. Ses parents ont constitué un couple uni et relativement stable. Elle note qu'ils s'entendaient bien et n'étaient pas particulièrement méchants. Dans ce milieu où l'éducation s'applique souvent par les coups, elle pense qu'elle a été, de loin, moins frappée que ses congénères.

Vers l'âge de 10 ans, Madame O. A. fait un passage éphémère à l'école où elle s'arrête en deuxième année du cours primaire (CP2). Après trois années passées au couvent, chez les sœurs catholiques, elle retrouve la cellule familiale. Quelque temps après, elle se marie.

Très tôt vers 16-17 ans, Madame O. A. va en mariage avec un « parent » plus ou moins éloigné selon les préceptes coutumiers. Elle rompt cette première union. Après, elle épouse son mari actuel. De la première union, elle obtient deux filles qui, très jeunes, depuis l'âge de 4 ans, sont élevées par l'actuel mari. De la dernière union, elle n'obtient aucun enfant. Cependant, elle trouve la mari avec ses trois enfants nés d'une union antérieure. Ces derniers ne réussissent pas à l'école. Ce n'est pas le cas de ses deux filles qui deviennent, l'une secrétaire, l'autre infirmière à Libreville. Souvent, ces filles approvisionnent leur mère et leur beau-père en bien de toutes natures. Régulièrement, elles reviennent pendant les vacances dans la maison familiale.

Cependant, ce mariage a ceci de particulier que le couple vit un conflit ouvert permanent entretenu par le mari, à l'insu des filles. Souvent, la femme a manifesté le vœu de mettre un terme à leur union, à la grande stupéfaction de ses filles. Ce sont elles qui, chaque fois ont minimisé l'intensité du conflit. Elles lui ont, chaque fois, persuadé de rester en mariage.

Le mari est un alcoolique connu. Il rate pas une occasion pour vilipender sa femme chaque fois et la menace : « Un jour, on verra !, tu t'en orgueillis parce que tes filles sont riches ! ». Insolent, il est, chaque fois, porté à l'insulter publiquement. Dans le scénario qu'il joue, il en fait la risée de la communauté. Généralement, il s'installe au centre de la cour commune, se met sur ses ergots et s'emploie à vociférer. Pendant ce temps, la femme, dans sa case, demeure muette. Quand il ne la menace pas, il fait le tour des

voisins pour dire du mal de son épouse. Régulièrement, les médisances dont elle est l'objet lui reviennent. Pourtant, les filles ne sont pas informées de cette tension. Tant et si bien que lorsqu'elles reviennent les vacances à la maison familiale, il reste sobre pendant tout leur séjour. C'est le jour même de leur départ qu'il se met à s'enivrer. Et le cycle reprend.

1.3. Histoire de la maladie

C'est le premier épisode psychiatrique. Son apparition est brusque. On note chez elle un accès délirant et des hallucinations auditives pendant la période féconde. En même temps, elle est l'objet d'une désorientation spatiale. C'est alors qu'elle se perd en brousse, dans une région qu'elle a l'habitude de fréquenter. Ce jour-là, elle va en forêt comme d'habitude, cette fois-ci pour aller récolter des ananas qui poussent de manière sauvage dans la nature. Sur le chemin du retour, elle se perd. Elle se met à déambuler en forêt. Les recherches entreprises par la communauté sont vaines. Le quatrième jour, on la retrouve (elle se retrouve ?) dans un état de dénudation complète.

1.4. Les causes de la maladie

Avant de venir consulter, elle a été chez un *nganga*, amenée par des membres de sa famille, juste après l'épisode de sa disparition en forêt. A son avis, c'est un problème de sorcellerie. La patiente marque une adhésion ferme à cette version lorsqu'elle se présente à nous. Elle serait la victime en sorcellerie de sa belle famille, et particulièrement sa belle-mère et ses belles sœurs. Elles l'en veulent parce que son champ produit beaucoup de nourriture. De ce fait, elle compte repartir au village pour une opération de désensorcellement.

Cas n° 11, Sidonie, 24 ans.

« ...Sidonie, jeune femme, âgée de 24 ans, est l'aînée d'une fratrie de 4 enfants dont deux filles et deux garçons. De famille apparemment stable, sans aucun antécédent notable, Sidonie, de nature calme et studieuse, reprend son DEUG de lettres.

Depuis près d'un an, les parents qui ont un niveau d'études supérieur (père, universitaire et mère secondaire) ont remarqué que Sidonie se ferme dans sa chambre dans laquelle elle passe ses journées. Elle ne mange presque plus ou peu. Elle peut rendre service à la maison en s'occupant des tâches ménagères. Cette attitude intrigue les parents qui n'ont pas été habitués à voir leur fille dans cet état. D'habitude, décrivent les parents, Sidonie aimait certains plaisirs comme aller en boîte de nuit, être accompagnée de ses amis, effectuer des sorties, etc.

Mais ils vont découvrir par la suite que Sidonie passe le temps à prier dans sa chambre et que selon ses termes, « elle a accepté le Seigneur ». Ce qui surprend énormément les parents car s'ils sont chrétiens catholiques et n'ont jamais prié dans une église éveillée. Au fur et à mesure que le temps passait, la situation de Sidonie allait de mal en pis. Elle élevait de plus en plus la voix pour prier, dérangeant ainsi certains pendant les heures de sommeil. Toute interpellation était impossible car la personne qui

s'interposait était considérée comme Satan ou un obstacle à son élévation spirituelle. Marc, son ex-petit ami raconte que « c'est depuis qu'elle est partie à l'église que tout a commencé à ne plus marcher entre elle et moi. Elle a considéré que j'étais un obstacle à son élévation spirituelle et m'a laissé tomber ». Ce qui entraînait alors des conflits relationnels à la maison avec les parents, ses frères et sœurs.

Après un bref séjour à l'église où il lui a été organisé quelques séances de délivrance, Sidonie a été conduite en psychiatrie sur ordre du père qui ne voyait aucune amélioration de la santé de sa fille. Elle est amenée en psychiatrie pour agressivité verbale et physique, délire, vagabondage, etc.

Des entretiens avec Sidonie font ressortir des moments dépressifs tout au long de sa vie, depuis son enfance à maintenant. Elle présente un délire mystique où elle se dit l'envoyé de Dieu pour « sauver sa famille, le monde des mécréants », proclamation d'un discours prophétique, puis des idées persécutrices, une agressivité verbale et physique, fugues, etc. ».

Cas n° 12, Marcel, 37 ans.

« Marcel est un jeune homme d'ethnie Nzebi²⁷⁵ et âgé de 37 ans. Ayant pour domicile celui de son cousin, Marcel est interné en psychiatrie pour « délire de persécution et déambulation ». Dans son délire, Marcel se dit être maudit par sa famille maternelle. Ce qui est à l'origine de ses nombreux échecs.

A Libreville, Marcel est instable sur le plan conjugal. Il habite chez une amie avec qui il fait un enfant. Ils finissent par se séparer. Quelques années plus tard, Marcel a des relations intimes avec la femme de son voisin. Cette femme appartient au même clan que lui. Ils sont surpris par les enfants de la femme qui en rendent compte à leur père.

L'histoire de la maladie montre que Marcel culpabilise énormément cet acte (infidélité). De là, vont apparaître les premiers signes de la maladie. Il est conduit chez un nganga pour se faire soigner. Le diagnostic du nganga révèle qu'il a été maudit par sa famille paternelle, en particulier son oncle paternel.

En 1982, Marcel est interné à l'hôpital psychiatrique de Mélen, dans un état dépressif : il est anxieux, triste ; il a des insomnies, un ralentissement psychique. Trois mois plus tard, après une fugue de l'hôpital, Marcel est reconduit chez un tradipraticien. En 1984, il revient en psychiatrie pour « agitation psychomotrice. Pendant la période féconde, on observe chez Marcel le tableau suivant : agressivité verbale, hallucinations verbales et auditives, insomnies, délire de persécution, fugues, barrages, déambulation, comportement impulsif.».

²⁷⁵ Ethnie du sud Gabon.