



HAL
open science

Notion d'empêchement ou d'enfermement psychique des personnes touchées par un trouble mental en post-hospitalisation au Togo

Têtouhêwa Boukilinam Kawaka

► To cite this version:

Têtouhêwa Boukilinam Kawaka. Notion d'empêchement ou d'enfermement psychique des personnes touchées par un trouble mental en post-hospitalisation au Togo. Psychologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2020. Français. NNT : 2020UBFCC025 . tel-03201803

HAL Id: tel-03201803

<https://theses.hal.science/tel-03201803v1>

Submitted on 19 Apr 2021

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

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

**THESE DE DOCTORAT DE L'ETABLISSEMENT UNIVERSITE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE
PREPAREE A L'UNIVERSITE DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE**

Ecole doctorale n°594

SOCIETE, ESPACE, PRATIQUE, TEMPS

Doctorat de psychologie clinique et psychopathologie

Par

Têtouhêwa BOUKILINAM KAWAKA

Notion d'empêchement ou d'enfermement psychique chez les personnes touchées par un trouble mental en post hospitalisation au TOGO

Thèse présentée et soutenue à « Besançon », le « 22 Octobre 2020 »

Composition du Jury :

Monsieur MARIAGE André	Professeur Université Bourgogne Franche-Comté	Président
Madame GOVINDAMA Yolande	Professeur Université Rouen Normandie	Rapporteur
Monsieur KPANAKE Lonzozou	Professeur Université du Québec	Rapporteur
Madame VIODE-BENONY Christelle	HDR, MC Université Bourgogne Franche-Comté	Invité
Monsieur MAÏDI Houari	Professeur Université Bourgogne Franche-Comté	Directeur de thèse

Résumé :

Approche clinique et croisement des facteurs environnementaux d'ordre psycho socioculturels impliqués dans l'empêchement et l'enfermement psychique.

Objectif : Explorer à travers la description des facteurs socioculturels responsables de l'effondrement ou de blessures narcissiques. Déterminer les indices d'angoisse, indices de *Barrière* et *Pénétration* de la variable de Fischer et Cleveland, et la nature des conflits intra et inter psychique, cause de l'empêchement.

Méthode : il s'agit d'une étude transversale exploratoire, réalisé dans le service de psychiatrie et de psychologie médicale du CHU-Campus de Lomé au Togo, auprès de vingt sujets, soignés pour souffrance psychique dont nous présentons six illustrations cliniques. Du point de vue méthodologique nous avons utilisé l'entretien semi-directif et l'observation clinique directe couplée de l'épreuve projective de Rorschach et du « *dessin libre de la ligne de vie* ».

Résultat : La totalité des patients croient que leur souffrance est d'origine mystique. Le trouble est par conséquent perçu comme une attaque pouvant venir de l'extérieure notamment de : la société, la famille, l'être suprême, des fétiches ou encore des esprits intermédiaires. Malgré l'amendement total des signes cliniques de la maladie, le Moi est encore « verrouillé » par le vécu et la représentation. Les indices d'angoisse sont élevés. Les indicateurs de barrière /pénétration témoignent, soit de la porosité de l'image du Moi-corps, c'est-à-dire la fragilité des enveloppes psychiques ; Soit de sa solidité, et servirait de membrane de séparation et d'isolement contre la menace de démantèlement narcissique.

Conclusion : L'enfermement psychique ou l'empêchement est largement influencé par les facteurs environnementaux d'ordre socioculturels.

Mots clés : Empêchement, enfermement psychique, vécu et représentation, croyances, syncrétisme, psychopathologie

Abstract:

Clinical approach and crossing of environmental factors of psycho-socio-cultural nature involved in impediment and psychic confinement.

Objective: Explore through the description of the socio-cultural factors responsible for collapse or narcissistic injuries. Determine the indices of anxiety, indices of barriers and penetration of the variable of Fischer and Cleveland, and the nature of the intra and inter psychic conflicts, cause of the impediment.

Method : this is an exploratory cross-sectional study, carried out in the department of psychiatry and medical psychology of the CHU-Campus of Lomé in Togo, on twenty subjects treated for mental suffering, of which we present six clinical illustrations. From a methodological point of view we used the semi-structured interview and the direct clinical observation coupled with the Rorschach projective test and the "free drawing of the lifeline".

Result: All of the patients believe their suffering is of mystical origin. The disorder is therefore perceived as an attack that can come from outside, in particular from: society, the family, the supreme being, fetishes or even intermediary spirits. Despite the total improvement in clinical signs of the disease, the ego is still "locked" by experience and representation. The anxiety indices are high. The barrier / penetration indicators testify either to the porosity of the ego-body image, that is to say the fragility of the psychic envelopes; Either of its strength, and would serve as a membrane of separation and isolation against the threat of narcissistic dismantling.

Conclusion: Psychic confinement or impediment is largely influenced by environmental factors of a socio-cultural nature.

Keywords : Impediment, psychic confinement, experience and representation, belief, syncretism, psychopathology.

A

Sandrine,

Mes parents, Adjoua & Kawaka,

A toute ma famille,

Avec toute mon affection

REMERCIEMENTS

Au professeur Houari Maïdi,

Malgré vos lourdes charges, vous avez bien accepté en assurant la direction de ma thèse et me guidant dans les phases décisives de mes travaux. Recevez mes profonds sentiments de reconnaissance. Vous êtes et demeurez un modèle dans mes cheminements de chercheur, de par votre ouverture d'esprit et surtout par vos qualités humaines.

Au professeur André Mariage,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant présider cette thèse malgré votre emploi du temps chargé. Nous en sommes sensible et vous prions de croire en nos sentiments respectueux et à notre profonde gratitude.

Au Professeur Yolande Govindama,

J'ai été très honoré par votre acceptation de juger ce travail de recherche. C'est avec de vives émotions et une profonde tristesse que nous avons appris que vous n'êtes plus de ce monde. Je suis convaincu d'une chose, vous êtes gravés dans nos cœurs et mémoires, à travers vos œuvres, vos actions tant scientifiques, que cliniques, et surtout votre sens d'humanité. Trouvez ici, mes sincères remerciements et ma gratitude. Reposez en Paix.

Au Professeur Lonzou Kpanake,

C'est un grand et immense honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Vous êtes une référence pour moi, trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et sentiments respectueux.

A Madame Christelle Viodé-Benony,

Sans hésiter, vous avez d'emblée accepté participer en tant que membre du jury de travail de recherche. Merci pour votre disponibilité, trouvez ici toute ma reconnaissance.

Au Professeur **Gnansa Djassoa**, Merci pour votre disponibilité et pour vos conseils qui ne m'ont jamais fait défaut, tout au long de cette belle aventure de thésard. Vous êtes gravé à jamais dans ma tête, recevez mes profonds respects et ma gratitude.

Mes remerciements, au **Professeur Simliwa Kolou Dassa**, chef de service de la psychiatrie et de psychologie clinique, trouvez ici toute ma reconnaissance et gratitude.

Mes remerciements vont également aux membres du laboratoire de psychologie EA3188, pour la contribution à mon intégration dans l'équipe.

Mes remerciements à Madame **Nicole Desbrière**, vous n'avez pas hésité à accepter nous aider dans la double cotation et interprétation du test de Rorschach, un sincère merci.

Mes remerciements à l'ensemble des doctorants et docteurs du laboratoire de psychologie, plus spécifiquement :

- Au Dr Agathe Lâiné, merci pour ces moments de discussions et ton aide pour la cotation du test de Rorschach, merci aussi pour les fous rire.
- Au Dr Agnès Segura, Merci pour ton apport et analyse avec les concepts psychanalytiques.
- Au Dr Aurore Mainpin, Merci pour les échanges sur différentes problématiques.
- Au Dr Delphine Vennat, Merci pour ta disponibilité, ta gentillesse et ton maternage.
- Au Dr Margaux Bouteloup, Merci pour les échanges constructifs, et pour ta disponibilité en m'aidant pour l'interprétation du test de Rorschach.
- Au Dr Sarah Poulet, merci pour tes amitiés, et l'aide à mes débuts pour les cours de statistique.
- A Gao Ly, merci pour le partage d'informations et pour les amitiés.
- A Charlyne Picard, Merci pour les échanges cliniques autours des différences culturelles.
- A Stan Mathey et à Morgan Begey, Merci pour vos marques d'affection, d'échanges enrichissant.

Mes remerciements vont également à Nelly et à Anne-Marie Peuguilley, merci pour l'aide que vous m'avez accordé, en facilitant mon installation à Besançon, trouvez ici toute mes reconnaissances.

Mes remerciements à Paul Balassa, merci pour ta grande générosité et ton amitié, qui m'ont permis de m'intégrer. Trouve ici ma profonde gratitude et reconnaissance.

Merci également à la famille Anaté, pour votre accueil.

Mes remerciements à Jeanne, Cyril, Tsotso, Herbert et à Mellon pour la lecture de ce travail de recherche, toute ma gratitude.

A toutes les personnes dont les noms ne figurent pas ici et qui ont aidé à la réalisation de ce travail, merci pour votre contribution.

Table des matières

Introduction	16
Chapitre 1 : Etats des lieux	23
1.1. Contexte et cadre d'étude	23
1.1.1. Situation géographique	23
1.1.2. Situation socioculturelle	23
1.1.3. Les services spécialisés en santé mentale au Togo	24
1.2.4. Pathologies psychiques rencontrées	26
1.2.5. Les espaces de soins au Togo	29
1.2.5.1. Médecine traditionnelle	30
1.2.5.2. Médecine moderne	34
1.2.5.3. Les centres de prière	44
Chapitre 2 : Notions d'empêchement et d'enfermement	60
2.1. Notion d'empêchement	60
2.2. Notion d'enfermement	62
2.3. L'expérience de la maladie	64
2.4. La peur de « devenir malade »	70
2.4. Empêchement comme symptôme	73
2.5.1. Enfermement ou empêchement corporel	75
2.5.2. Enfermement ou empêchement pulsionnel et émotionnel	78
2.5.3. Enfermement ou empêchement cognitif : les croyances qui enferment	80
2.6. L'enfermement carcéral	82
2.7. L'enfermement psychiatrique	84
2.9. L'enfermement religieux	89
2.10. L'enfermement, vu chez les « éwés » et les « kabyès » du Togo	91
Chapitre 3 : Cadre conceptuel, revue de la littérature et cadre théorique	95
3.1. LA DEFINITION DES CONCEPTS	95
3.1.1. Comportement	95
3.1.2. Détresse psychologique	95
3.1.3. Discrimination	96
3.1.4. Itinéraires thérapeutiques	Erreur ! Signet non défini.
3.1.6. Mécanismes de défense	97
3.1.7. Narcissisme	103
3.1.8. Personnalité	104
3.1.9. Psychopathologie	105

3.1.10. Représentation	108
3.1.11. Souffrance	111
3.1.12. Stigmatisation	112
3.1.13. Symptôme.....	113
3.1.14. Syncrétisme	114
3.1.16. Vécu	116
3.2. REVUE DE LA LITTÉRATURE	118
3.2.1. Empêchement ou enfermement psychique du point de vue psychanalytique et psychopathologie	118
3.2.2. L'enfermement : du point de vue philosophique, sociologique et psychiatrique	126
3.2.1. Organisation fonctionnelle de la personnalité selon Freud.....	130
3.2.2. Théorie de la psychologie dynamique africaine d'après I. Sow	134
3.2.3. Théorie d'angoisse l'approche freudienne et celle lacanienne.....	140
Chapitre 4 : Problématique	145
4.1. Analyse de la situation.....	145
4.2. Enoncé du problème.....	154
DEUXIEME PARTIE.....	155
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	155
2. Méthodologie	156
2.1. Objectif de la thèse	156
2.1.2. Objectifs et hypothèses	156
2.1.2.1. Objectifs	156
2.1.2.2. Hypothèses	157
2.2. Méthode.....	157
2.2.1. Le cadre d'étude	157
2.2.2. Participants	158
2.2.2.1. Critères d'inclusion	158
2.2.2.2. Critère de non-inclusion	158
2.2.2.3. Caractéristiques de la population d'étude	159
2.2.3. Procédures.....	159
2.2.4. Les méthodes de collectes	159
2.2.4.1. L'entretien semi structuré ou semi dirigé	160
2.2.4.2. Test projectif de Rorschach	161
2.2.4.3. Dessin de la ligne de vie	161
Troisième partie	163
Résultats, Discussions, Conclusion et Suggestions	163

<i>Cas E.S.</i>	164
1. Approche sémiologique	164
1.1. Biographie	164
1.2. Motif de consultation	165
1.3. Motif d'hospitalisation	165
1.4. Antécédents personnels et familiaux	165
1.5. Histoire de la maladie	165
2. Hypothèse diagnostique	167
3. Hypothèse de recherche	167
4. Approche des processus psychiques	168
4.1. Dimension concrète	168
4.1.1. Protocole de Rorschach	169
4.1.2. Psychogramme	171
4.1.3. Analyse complète des processus psychiques	172
4.2. Subjectivité du patient	179
4.2.1. Dessin de vie	180
4.2.2. Vécu et représentation des symptômes de la maladie	184
4.2.3. Vécu et représentation de l'hospitalisation	185
4.2.4. Vécu et représentation du traitement	186
4.3. Environnement familial	187
4.4. Transfert et contre-transfert	187
<i>Cas D.</i>	189
1. Approche sémiologique	189
1.1. Biographie	189
1.2. Motif de consultation	191
1.3. Antécédents personnels et familiaux	191
1.4. Anamnèse ou histoire de la maladie	192
2. Hypothèses diagnostiques	195
3. Hypothèse de recherche	195
4. Approche des processus psychiques	196
4.1. Dimension concrète	196
4.1.1. Protocole de Rorschach	198
4.1.2. Psychogramme	199
4.1.3. Analyse complète des processus psychiques	199
4.2. Subjectivité du sujet	206

Celle-ci est portée sur les vécus, représentations de la souffrance et sur des contenus diurnes.	
Tous ces éléments traduisent l'expérience du vécu de la maladie	206
4.2.1. Dessin de Ligne de vie.....	206
4.2.2. Contenus des rêves.....	209
4.2.3. Le vécu et la représentation de la maladie	213
4.2.4. Le vécu et la représentation de l'hospitalisation	214
4.2.5. Le vécu du traitement.....	215
4.2.6. De la rupture à l'inexprimé, source de fragilisation narcissique.....	216
4.3. Environnement familial.....	218
4.4. Transfert et contre-transfert.....	218
Cas: Mme S.	220
1. Approche sémiologique	220
1.1. Biographie	220
1.2. Motif de la première consultation	221
1.3. Antécédents Personnels et familiaux	222
1.4. Anamnèse/Histoire de la maladie	222
2. Hypothèse diagnostique	224
3. Hypothèse de recherche	224
4. Approche des processus psychiques	225
4.1. Dynamique concrète	225
4.1.1. Protocole de Rorschach	227
4.1.2. Psychogramme	228
4.1.3. Analyse complète des processus psychique	229
4.2. Subjectivité du sujet	234
4.2.1. Dessin de la ligne de vie	234
4.2.2. Vécu de la fausse couche	238
4.2.3. Vécu de l'échec de la fécondation in vitro	240
4.2.4. Vécu de l'adoption non aboutie	240
4.2.5. Contenu des rêves	241
4.3. Environnement familial.....	243
4.4. Transfert et contre-transfert.....	244
Cas R.....	246
1. Approche sémiologique	246
1.1. Biographie	246
1.2. Motif d'hospitalisation	247
1.3. Antécédent personnels et familiaux.....	247

1.4.	Anamnèse ou histoire de la maladie	248
1.5.	Nature de l'épisode actuel	250
2.	Hypothèse diagnostique	252
3.	Hypothèses de Recherche	252
4.	Approche des processus psychique	252
4.1.	Dynamique des processus psychiques	252
4.1.1.	Protocole de Rorschach	255
4.1.2.	Psychogramme	257
4.1.3.	Analyse complète des processus psychiques	258
II.	Facteurs de socialisation et rapport au réel	258
4.2.	Dessin de la ligne de vie	263
4.3.	Description de la réalité subjective de la patiente	265
4.3.1.	Vécu de l'hospitalisation	266
4.3.2.	Vécu du traitement	267
4.3.3.	Vécu de la maladie	268
4.3.4.	Représentation de la maladie	269
4.4.	Entourage	278
4.5.	Transfert et contre transfert	278
4.6.	Perception des soignants	279
Cas : W	281
1-	Approche sémiologique	281
1.1.	Biographie	281
1.2.	Motif des hospitalisations	282
1.3.	Antécédents personnels et familiaux	282
1.4.	Anamnèse/ Histoire de la maladie	282
1.5.	Nature de l'épisode	283
2.	Hypothèse diagnostique	284
3.	Hypothèses de recherche	284
4.	Approche des processus psychiques	285
4.1.	Dynamique d'interaction	285
4.1.1.	Protocole de Rorschach W.	288
4.1.2.	Psychogramme	290
4.1.3.	Analyse complète des processus psychiques	291
4.2.	Subjectivité du patient	297
4.2.1.	Ligne de vie	297
4.2.2.	Vécu des hospitalisations	300

4.2.3.	Vécu du traitement	301
4.2.4.	Représentation de la maladie	303
4.3.	Environnement familial.....	307
4.4.	Transfert et contre-transfert.....	308
4.5.	Perceptions des soignants.....	308
<i>Cas Py</i>	Erreur ! Signet non défini.
1.	Approche sémiologique	311
1.1.	Biographie	311
1.2.	Motif de consultation.....	312
1.3.	Antécédents personnels et familiaux	312
1.4.	Anamnèse ou histoire de la maladie	312
2.	Hypothèse diagnostique	314
3.	Hypothèse de recherche	314
4.	Approche des processus psychiques	314
4.1.	Dimension concrète.....	314
4.1.1.	Protocole de Rorschach de Py. 25 ans	316
4.1.2.	Psychogramme	318
4.1.3.	Analyse complète des processus psychique	318
4.2.	Dessin de ligne de vie	324
4.3.	Subjectivité de la patiente	324
4.3.1.	Contenus des rêves.....	330
4.3.2.	Vécu et représentation des symptômes.....	332
4.3.3.	Vécus et représentation des hospitalisations.....	333
4.3.4.	Vécus et représentation du traitement	333
4.3.5.	Sens des rituels dans culture	333
4.4.	Environnement familial.....	334
4.5.	Transfert et contre-transfert.....	334
Discussion	336
2.1.	Sur l'intégration	336
2.2.	Discussion de la méthodologie	338
2.3.	Discussions des résultats	339
2.3.1.	Regroupement de quelques données normatives.....	339
2.3.2.	Discussion sur l'adaptabilité du test projectif de Rorschach.....	340
2.3.3.	Discussion des indices	341
2.3.4.	Discussion des facteurs socioculturels	342
2.3.4.1.	La croyance : de la quête de l'énergie vitale à la perte de repère	343

2.3.4.2. Angoisse du syncrétisme religieux, source d'empêchement	344
2.3.4.3. Les médicaments comme source d'empêchement	345
2.3.3. Vignettes cliniques	346

Introduction

*« C'est dur cette transformation, avec les mêmes rituels, entendre presque les mêmes phrases, « ça va » ou « c'est la vie ». C'est difficile de vivre sans rythme. C'est pénible de ne plus avoir des rêves, de devenir constamment le *донц*, de ne plus savoir qui je suis vraiment, de ne plus savoir ce que je dois faire. Je suis constamment déçu que quelque chose a pollué mon intérieur. Ma souffrance est cachée en moi, dispersée dans mon corps sans faire de bruit ».*

Discours de W. (ancien patient)

L'expression de la souffrance semble varier d'une culture à une autre, d'une société à une autre, ou encore d'une personne à une autre. Elle peut être verbalisée pendant les interactions, ou au contraire s'exprimer au travers d'un repli sur soi, d'une baisse dans l'interaction subjective et intersubjective, ou encore la réduction ou l'inexistence d'investissement psychique et socioculturel. Il apparaît discrètement un faisceau d'indices, qui sont synonyme d'empêchement. L'expérience de la maladie a laissé place à la souffrance émotionnelle, à la souffrance sociale traduit par l'échec des connexions intersubjectives. De l'expression symptomatologique aboutit à l'abandon de soi, à l'empêchement avec pour conséquence l'enfermement psychique. Tel un constat, quant à certaines répercussions des troubles psychiques. A la suite d'une souffrance psychique, le sujet se sent dans une situation de désaffiliation, de ruptures des étayages sociaux et culturels¹ (Jacques P., 2004). Nous avons constaté, au cours de ces quelques années de pratiques en clinique psychologique, qu'après la survenue de la maladie, certaines personnes éprouvent des difficultés, comme un adage populaire le dit : *« à se remettre en selle »*. Il apparaît que leur vie se soit arrêtée, suspendu. Parmi les indices de ce mal être, nous pouvons lister la dévalorisation ou dégradation de l'image corporelle, sentiments de honte, de culpabilité ou encore d'humiliation. Cela peut s'observer aussi par un repli sur soi, le mutisme, l'instabilité de l'humeur, l'irritabilité, le pessimisme et le désintérêt dans les échanges. Ou encore pour finir, nous observons chez plusieurs de nos patients, une mauvaise observance thérapeutique, augmentant ainsi le risque de rechutes. L'agir de la personne est soit réduit ou inhibé. Et c'est sur cette problématique que nous voulons particulièrement nous pencher dans la présente recherche. Qu'est ce qui est sous-jacent à la notion d'empêchement ?

¹ Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, n° 8(2), 21-29. doi:10.3917/pp.008.0021.

L'empêchement est un concept polysémique dans le champ de la psychologie clinique et psychopathologie. Cette notion fut avancée au prime abord par Freud S. (1926), dans ses travaux à propos de l'angoisse. Il parlait de l'empêchement comme étant un frein à l'accomplissement d'un désir. Il s'agit d'une inhibition² qui a pour but, de préserver le sujet du principe de plaisir-déplaisir. L'empêchement s'inscrirait alors dans l'une des fonctions du moi, en vue d'éviter le déplaisir. Freud évoque de ce fait, l'empêchement comme inhibition, qu'il classe dans les processus défensifs. Mais quelques années plus tard Lacan J. (1930), reprenant les travaux de Freud, énonce la notion d'empêchement en termes de difficultés, traduction de l'embarras³. Il est de ce fait, l'expression de symptômes.

Ce concept est à cheval entre l'imaginaire, la symbolique et le réel. Dans l'imaginaire, il s'agit des matériaux fait de toutes sortes de fantasmes. Dans la symbolique, il s'agit des représentations. Et enfin, dans le réel, cela concerne l'ensemble des ressentis et barrières.

L'empêchement dans le champ de la psychologie clinique et en psychanalyse, peut se traduire par un sentiment d'impuissance, d'une souffrance inexprimable, ou encore un sentiment de manque ou de vide. Il est sous-jacent à des représentations négatives de soi, à une anticipation négative de l'avenir, à une perturbation de la confiance et de l'estime de soi. L'empêchement est avant tout une inhibition, un blocage, une gêne qui réduit un sujet à l'immobilisme et à la stagnation sous toutes ces formes. Pour Grinschpoun M-F. (2019), l'empêchement c'est l'expression même de l'inhibition. Il rend compte d'un débordement ou d'un dépassement des capacités d'adaptation. Il apparaît donc clairement, qu'on peut parler d'empêchement, lorsqu'un sujet voit ses capacités réduites, l'obligeant à l'inaction. Il ne peut non seulement pas agir, à dire, ou à se souvenir, mais aussi est bloqué entre le désir et l'interdit du désir. Il est envahi par un profond sentiment d'impuissance. C'est l'agir du sujet qui est empêché. L'empêchement est comme une souffrance invisible, imperceptible voire inaudible⁴. Au regard de tout ce qui précède, on s'en rend bien compte que l'empêchement traduit le passage de la souffrance manifeste à celle latente. Il s'agit de la symbolique d'un conflit imaginaire ou réel, conscient ou inconscient. Or le conflit traduit le débordement des tensions intra et/ou inter psychique. Notre travail va s'articuler autour de la notion d'empêchement et d'enfermement psychique dans le champ de la psychologie clinique et psychopathologie associé à l'interculturalité.

² Freud S. (1926), Inhibition, Symptôme et angoisse, Puf

³ Lacan J. (1962), Le séminaire X,

⁴ Grinschpoun. M-F. (2019), L'inhibition/un agir empêché, 3^{ème} édition (Essai psycho) Enrick B.

L'existence humaine est caractérisée par des rencontres agréables comme non agréables. Et le devenir de l'Homme est inhérent à celles-ci. Or tout ce qui est désagréable semble traduire une dynamique conflictuelle. La maladie tout comme certains événements douloureux de la vie, déclenchent des tensions psychiques, qui peuvent devenir des conflits permanents. Il arrive que les conflits conscients comme inconscients épuisent les ressources du sujet. Ce qui va se traduire par l'empêchement ou l'enfermement psychique. Un sujet empêché semble, soit perdre ses repères, soit verrouiller et inaccessible. L'empêchement dénote des blessures narcissiques. Qu'en sera-t-il pour un sujet né au Togo, où le paysage socioculturel est dominé par le champ des croyances, avec une psychologie clinique armée des méthodes occidentales ?

Au Togo, la psychologie clinique reste non seulement inaccessible mais méconnue pour la grande majorité de la population. Même si on compte déjà au moins quelques centaines de psychologues sur le terrain. Son rôle et sa fonction restent très peu connus. Les premiers psychologues étaient confondus à des conseillers ou considérés comme des magiciens, ou encore assimilés à des guérisseurs exorcistes. Devant la multiplicité du paysage socioculturel, avec des croyances qui se chevauchent ou se contredisent, la tâche du soignant spécialisé en santé mentale semble très complexe. Déjà même qu'il se pose le problème entre le normal et le pathologique dans les sociétés dites occidentales, associer cela aux facteurs culturels devient complexe. Au Togo, tout comme la plupart des pays subsahariens, les séquelles de l'esclavage, de la colonisation ont profondément bouleversé le paysage socioculturel. Même si la culture résiste, elle n'est plus restée la même, elle a subi d'énormes transformations et déformations. Nous relevons un syncrétisme à tous les niveaux. À défaut d'abandonner une au profit d'une autre, les gens semblent recourir à toutes à la fois. Cette façon de faire n'est pas sans conséquence, cela fait apparaître une angoisse née de l'imagination et des fantasmes inhérents au champ des croyances. Ainsi les expériences subjectives de la maladie sont influencées par des facteurs socioculturels. Les malentendus générés par les incidences du syncrétisme entraînent des blocages, tant sur l'agir que sur les ressources du sujet. Il s'agit aussi de voir comment l'intersubjectivité, dans le champ des croyances, peut être porteuse d'embarras ou d'empêchement.

Au Togo, les premiers lieux de soins en matière de santé mentale sont les églises, les centres ou camps de prière, les espaces de thérapie traditionnelle. Cela est lié aux croyances, au vécu et à la représentation socioculturelle des pathologies psychiques. La médecine moderne ou conventionnelle demeure le dernier lieu de recours en matière de soins. Les demandes de soins

à l'hôpital se limitent pour la plupart du temps aux traitements des symptômes. La plupart de nos patients, préfère continuer le reste des soins par des rituels issus des pratiques traditionnelles, ancestrales et religieuses.

Les croyances autour des troubles mentaux, n'ont pas évolué malgré la vitesse de l'évolution auxquelles est soumis les sociétés du 21^{ème} siècle. Tout semble indiquer, que l'être humain a beaucoup évolué sauf, dans le champ des croyances à propos des maladies mentales. Les malades sont de plus en plus stigmatisés, abandonnés ou encore rejeter par leur propre famille ou par la société malgré, les lois mises en place. La construction des stigmates des patients semble commencer dès leur entrée en services de soins psychiatrique. Ailleurs si la maladie mentale rime avec la dangerosité, la criminalité, d'autres parts comme au Togo, elles sont évoquées comme phénomènes relevant, du mystique, de la sorcellerie, de l'envoutement, d'une sanction divine voire conflit entre modernité et tradition ou encore religion ancestrale contre religions importées.

Être porteur d'un trouble psychique, s'avère très difficile, et pour la personne malade, et pour son entourage. Être touché par une pathologie psychique, peut s'avérer franchir la porte de non-retour ; en exemple l'expression « *édjé do* » pour dire « *tombé malade* » évolue en « *dono* » « *être malade, ou c'est un malade* ». La personne souffrant de trouble psychique, lutte, pas seulement contre sa maladie, qui induit un sentiment de mal être, mais et surtout contre le sentiment d'être rejeté, méconnu, dégradé ou être relégué en seconde zone. Toute maladie, même si elle engendre une angoisse liée à l'existence, la souffrance psychique l'est encore plus, à cause du risque de démantèlement des objets narcissistes et la menace de désubjectivation. Le sujet lutte contre la perception des menaces d'anéantissement de sa personnalité et des éléments identitaires. Il s'installe dans l'environnement social une sorte de double méfiance, d'une part, celle-ci vient du malade lui-même à cause de ces expériences issues de la socialisation, et d'autres parts celle de l'entourage de la personne souffrant. L'entourage craint la personne du malade mental. Il est perçu comme un danger permanent, d'où la réaction de le maintenir loin. Le patient lui-même était un bourreau pour les autres victimes lorsqu'il était bien portant. Il naît et grandit progressivement chez le patient le sentiment de peur : d'être rejeter, d'être abandonné, de devenir quelqu'un d'autre, de ne plus exister, d'échouer et d'être humilié. Il est de ce fait tiraillé entre ses peurs et son objet de désir. Désir d'exister, d'être aimé, de réussir et surtout d'être reconnu versus sentiment d'être rejeté. Comment préservé son identité individuelle lorsque la maladie l'a déjà ébranlé à travers certains symptômes. Il naît alors la menace de perdre son statut social, de ne pas être

identifié positivement dans le lien social. La plupart des conflits résultent des malentendus, des croyances préconstruites, d'un manque de communication, de l'incompréhensible, des imaginations ou fantasmes. Les méfiances et les malentendus contribueront à la réduction des interactions intra et inters psychiques.

Il arrive que le sujet et /ou son entourage croit et adhèrent complètement à l'idée d'un mauvais sort, ou d'être condamné à vie. Ou encore croire qu'il est détenteur d'un secret, ou d'une force divine justifiant à cet effet d'isolement social.

Comment reconstruire la subjectivité si l'intersubjectivité n'est plus possible. Comment se relever quand on est assailli par des ressentis issus des croyances qui s'entremêlent et peuvent être à la fois apaisant et angoissant ? Ce qui est encore plus angoissant, c'est de ne pas se sentir libre de dire, de faire ou d'agir selon son désir. C'est le fait aussi de se sentir en permanence en danger, soit consciemment ou inconsciemment. Il apparaît, pas seulement une angoisse de séparation, mais aussi celle d'abandon. Séparation, parce qu'il y a rupture de soi avec l'autre. Comme le disait Grinschpoun, M-F. (2019), il s'agit plutôt de l'angoisse d'abandon, car elle va au-delà de la rupture avec l'autre, mais aussi avec soi-même. Le sujet est envahi par un sentiment d'insécurité et d'impuissance face à tout changement. Parfois la peur de se retrouver seul tétanise complètement le sujet en lui poussant à dissimuler, à faire semblant, à ne pas agir. Un sujet empêché, est en rupture ou séparé de son objet de désir (Lacan J., 1936). Pour Assoun, P-L (2013), « *le sujet empêché est donc, littéralement dans la gêne. C'est aussi ce qui empêche de faire quelque chose ou de se réaliser* ». L'auteur souligne bien, le mot « gêne », pour marquer l'ampleur de la condition, d'une situation de contrainte imposant un désagrément ou un préjudice. Le sujet empêché est envahi par des idées de manque et de castration. Le Moi du sujet, qui jadis avait déjà subi un changement à cause des symptômes de la maladie, est à nouveau projeté dans le clivage. Le moi du sujet empêché est comparable à ce que disait Maïdi, H. (2015) au sujet de la paranoïa victimaire à propos de la transformation, de la division et dédoublement de soi : « *...le moi du sujet est désuni. Il se transforme et prend d'autres identités parfois antagonistes*⁵ ». Ceci pour monter l'oscillation du moi dans l'empêchement.

Pour mieux appréhender et décrire, la singularité et surtout aller en profondeur dans la particularité de chaque cas, nous avons choisi une approche qualitative. L'intérêt d'un tel procédé, se trouve dans le caractère plus ou moins singulier de chaque sujet, dans son

⁵ Maïdi H. (2015), *Le féminin et ses images*, Approche clinique et psychopathologique, Armand Colin. (p 192)

expérience subjective de la maladie, dans son vécu de l'intersubjectivité, et enfin dans le champ où domine la croyance. Pour ce faire, nous avons choisi six cas cliniques, en nous appuyant du test projectif de Rorschach et du dessin libre de vie.

L'objectif général de cette thèse est de proposer un cadre compréhensif visant à démontrer que les facteurs socioculturels sont au cœur des constructions sociales et identitaires. Il est question dans cette recherche d'explorer en décrivant les facteurs socioculturels responsables de l'effondrement ou de blessures narcissiques, cause de l'empêchement.

Notre hypothèse générale, s'articule comme suit : les facteurs psychiques, socioculturels et environnementaux semblent expliquer l'empêchement chez les personnes souffrant d'un trouble psychique en post hospitalisation. Cette hypothèse répond à la question : qu'est ce qui explique l'empêchement ou l'enfermement psychique observé chez les personnes touchées d'un trouble psychique ?

Notre travail, s'est organisé autour de trois grandes parties. La première partie est consacrée à l'état des lieux, plus spécifiquement à la présentation du contexte et cadre d'étude, à la problématique, à la revue de la littérature et du cadre théorique.

A la deuxième partie, nous parlerons de la méthodologie, du choix de la méthode, des instruments de collecte des données, du déroulé des entretiens et des caractéristiques de nos sujets.

La troisième partie, est dédiée à la présentation des cas cliniques, aux discussions, à la conclusion et aux suggestions.

Première Partie

Problématique, Revue de la littérature et Cadre théorique

Chapitre 1 : Etats des lieux

1.1. Contexte et cadre d'étude

1.1.1. Situation géographique

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé sur la côte du golfe de Guinée. Il est limité à l'Est par le Bénin, à l'Ouest par le Ghana, au Nord par le Burkina Faso. Il s'étend sur une superficie de 56.785 km² et compte cinq régions administratives découpées en 39 préfectures et 5 arrondissements avec une population 7,1 millions d'habitants selon le rapport de la Banque mondiale réalisé en 2015. Sa capitale est Lomé avec 1,5 million d'habitants. Les principales villes sont : Atakpamé, Dapaong, Kara, Lomé et Sokodé. Le Togo est reconnu pour sa grande diversité de ses paysages malgré sa petite superficie, avec au sud une côte de sable fin bordée de cocotiers ; dans les plateaux et au centre on peut noter des collines, des vallées verdoyantes et des petites montagnes ; dans le nord ce sont les plaines arides, de grandes savanes plantées de baobabs.

1.1.2. Situation socioculturelle

Sur le plan social, le Togo comprend une cinquantaine d'ethnies, scindés en deux groupes notamment le groupe Kwa au sud du pays (peuple éwé, watchi et gen) et le groupe Gur au centre et au Nord du pays (Kabyè, Tem, batammariba, les moba-gourma, et les kasselems. Le français est la langue officielle mais reste parlée par environ 39 % de la population selon le rapport de l'OIF (2014). L'Ewé et le Kabyè sont les principales langues nationales. La population togolaise est en majorité rurale (62,3%) et extrêmement jeune, 60% ont moins de 25 ans et l'espérance de vie est estimée à 63,3 ans selon le rapport du ministère de la santé en 2012.

Sur le plan religieux, les différentes religions du pays sont : religions traditionnelles africaines, pratiqué par 50% de la population, le catholicisme avec 26%, l'islam 15% et le protestantisme estimé à 9%. Malgré la pénétration du christianisme et de l'islam, les populations sont restées attachées à leurs croyances traditionnelles et à leurs croyances ancestrales. Presque tous les groupes ethniques du Togo croient en l'existence d'un Être supérieur auquel s'ajoutent les divinités intermédiaires qui servent de relais entre les hommes et la divinité. Les habitations comportent des autels familiaux sur lesquels sont faits régulièrement des sacrifices pour s'assurer la protection des divinités. Chaque ethnie a des traditions propres et considérablement indissociables du contexte religieux (information trouvée dans les archives de l'office du tourisme).

Sur le plan de la scolarisation, le taux d'alphabétisation dans le primaire est estimé à 88,7% en 2010 selon le rapport du ministère de la santé rédigé en juin 2012. Les zones urbaines sont plus scolarisées que celles rurales à cause du faible niveau de vie.

1.1.3. Les services spécialisés en santé mentale au Togo

Le Togo dispose de très peu d'infrastructures et de personnel qualifié en matière de prise en charges des pathologies mentales et psychiques. Il dispose seulement d'un hôpital psychiatrique de Zébé dans la localité d'Aného, ville côtière située à environ 47 km de la capitale Lomé. En dehors de cet hôpital, il a été créé au sein du CHU Sylvanus Olympio, CHU campus, du CHR Atakpamé, et CHR Kpalimé un service de psychiatrie et psychologie médicale. Dans le privé, nous pouvons citer le centre de Santé Mentale des frères hospitaliers Saint Jean de Dieu d'Agoenyivé, le centre de Santé mentale Paul-Louis-Réné, et enfin celui de Dapaong créé par les sœurs religieuses « *yendumbe* ».

Les services spécialisés sont en manque de personnels qualifiés. Au Togo, on compte seulement 05 médecins psychiatres exerçant presque tous à la capitale Lomé ; 50 psychologues cliniciens et de la santé. Pour pallier ce problème de manque et répondre à la demande il a été créé un Master en santé mentale en 2011.

L'hôpital psychiatrique de Zébé :

Initialement créé en 1904, à l'époque coloniale sous l'égide de l'Allemagne, cet hôpital était en réalité une prison. Etant rattaché au ministère de la justice, l'objectif premier était d'envoyer les prévenus et les détenus présentant des symptômes de troubles mentaux en soins. Bien qu'au début, cela ne concernait que les cas de décompensation aux stupéfiants, des personnes souffrant de schizophrénie et ayant commis un délit ou un crime. Bref c'était une sorte de prison mais couplée de soins. D'ailleurs, un détenu était considéré comme un bandit, un délinquant voire un « *fou* ». Car dans la conception locale, ce sont des personnes dérangées mentalement qui commettent des crimes. D'ailleurs les pathologies mentales n'étant pas considérées comme « des maladies ». Dans cet hôpital, il y avait deux approches, d'une part la surveillance militaire, et d'autres parts celle thérapeutique, dominée par les médicaments (juste pour calmer les patients lorsqu'ils devenaient très agressifs et agités). Tous les patients étaient pris en charge par l'Etat. Même devenu un hôpital spécialisé autour des années 80 jusqu'en 2000, les soins restaient à la charge de l'Etat. Certains patients étaient abandonnés par leur famille, certains disaient avoir fait don à l'état. Désormais rattaché au ministère de la santé, cet hôpital est devenu l'unique centre spécialisé en soins des maladies mentales dans le

pays jusqu'à la fin des années 2002 où certains centres sous l'égide des confessions religieuses virent le jour. Aujourd'hui devenu un lieu de référence, l'hôpital de zébé a une capacité d'accueil de 130 à 140 voire 150 places.

Description du CPPM-CHU-Campus :

Le Centre Hospitalier Universitaire Campus dénommé CHU campus est un grand centre doté de plusieurs services spécialisés : cardiologie, neurologie, hépato- gastroentérologie, psychiatrie et psychologie médicale, pédiatrie, médecine interne, dermatologie, gynécologie et maternité, ophtalmologie et service ORL. Certains services bénéficient de la présence d'un ou de plusieurs psychologues.

Le CHU-CAMPUS est un centre de référence de recours en soins du pays, et à ce titre, il accueille les malades venant de toutes les régions du Togo et des pays voisins. Au niveau de la CPPM (Clinique de Psychiatrie et de psychologie Médicale), les patients accueillis viennent soit d'eux-mêmes en consultation primaire, soit, sont adressés par des médecins ou par d'autres structures sanitaires dotées de moyens limités. Beaucoup de patients arrivent à la CPPM à un stade avancé du trouble et avec un itinéraire thérapeutique très chargé. D'autres patients pris en charge à la CPPM continuent le syncrétisme thérapeutique en étant suivis simultanément par des guérisseurs ou dans les centres de prière ou encore avec les pratiques de rituels traditionnels.

Au CPPM, on compte deux médecins psychiatres, 01 médecin interniste, 04 psychologues cliniciens, 03 masters en santé mentale, 01 assistante médicale, 04 infirmiers d'états, 04 gardes malades.

Le CPPM dispose de deux salles d'hospitalisation dont 06 lits par salle. : une pour les femmes et l'autre pour les hommes. Etant donné le nombre de lits insuffisants, il arrive quelques fois qu'on retrouve une situation mixte dans les salles. Les accompagnants sont aux côtés de leurs patients. Dans les salles on retrouve toute forme de psychopathologie. Notons qu'il y a plus de femmes admises que d'hommes.

En dehors des hospitalisations, on a des consultations en externes ou en ambulatoires.

Les services spécialisés dans la prise en charge des troubles psychiques ne sont sollicités qu'en dernier recours. Environ 95 % des patients admis entre Janvier-Décembre 2017, d'après le registre, des entrées sont passés soit par un centre de prière, soit par un tradipraticien ou encore par un service médical (la neurologie). Nombreux sont ceux-là qui restent chez eux (en

accomplissant des rituels et/ou cérémonies ancestrales) sans prise en charge, soit par ignorance, par faute d'éloignement géographique (services de prise en charges se situant que dans les grandes zones urbaines, chefs-lieux de régions et Lomé), soit pour des raisons économiques (soit parce qu'ils n'ont pas vraiment de moyens, soit parce qu'ils ne veulent pas couvrir les frais de soins du fait des comportements trop individualisés ou égoïstes du patient, soit parce qu'ils pensent savoir ou connaître les raisons de la maladie et ne veulent donc pas s'engager (secret de famille). La plupart du temps c'est lorsque les symptômes ou les réactions du patient deviennent incontrôlables qu'ils s'orientent vers les services adaptés.

1.2.4. Pathologies psychiques rencontrées

La plupart des patients accueillis au CPPM arrivaient avec un tableau clinique complexe. Le plus souvent, c'est après avoir fait le tour chez les guérisseurs (tradipraticiens, et féticheurs), centres ou camps de prière, qu'ils sont orientés vers la CPPM. C'est en partie liée à la représentation de la maladie quelle qu'elle soit. Celle-ci est liée au modèle interprétatif de la maladie.

1. Tableau récapitulatif des admissions de 2012-2016 au CPPM du CHU campus : selon le registre consulté sur place

Année	2012	2013	2014	2015	2016
Trouble					
Anxieux	42	44	29	41	48
Dépressif	17	27	44	53	58
Psychose aiguë	125	123	118	126	118
Psychose chronique	17	29	36	48	37
Schizophrénie	03	05	11	04	04
Trouble lié au VIH	08	01	10	08	09
Substances psychoactives	25	23	25	14	44
Usage d'Alcool	18	13	10	17	13
Total	255	265	283	311	331

Les chiffres contenus dans le tableau ci-dessus représentent le nombre de patients hospitalisés uniquement dans la CPPM dans le courant de 2012-2016.

La plupart des patients souffrant de dépressions somatisées ou/et réactionnelles sont pris en charge dans les services médicaux avec l'aide des psychologues qui travaillent en étroite collaboration avec les médecins.

Les psychoses aiguës sont les motifs d'hospitalisation les plus élevés comme les chiffres l'indiquent.

Quant aux consultations externes, elles se chiffraient environ à 1893 patientes toutes pathologies comprises en 2016. Les consultations externes concernent les patients qui viennent en consultation sur recommandation d'un médecin, d'un ami, d'un frère, d'une sœur, mère ou père, d'un prêtre ou d'un pasteur etc...et qui ne sont pas hospitalisées. Nous rencontrons beaucoup de cas de dépression masquée, de troubles anxieux, crises d'angoisse chez les adolescentes, trouble de panique, hystérie de conversion, les formes de phobie et surtout les cas de phobie sociale.

Les cas de tentative de suicide sont classés dans le tableau dépressif, mais restent jusqu'à présent rares. Car les liens de solidarité mécanique étant forts investis et le poids du religieux proscrivant toute atteinte à la vie, cela empêche l'acting out, et les actes suicidaires.

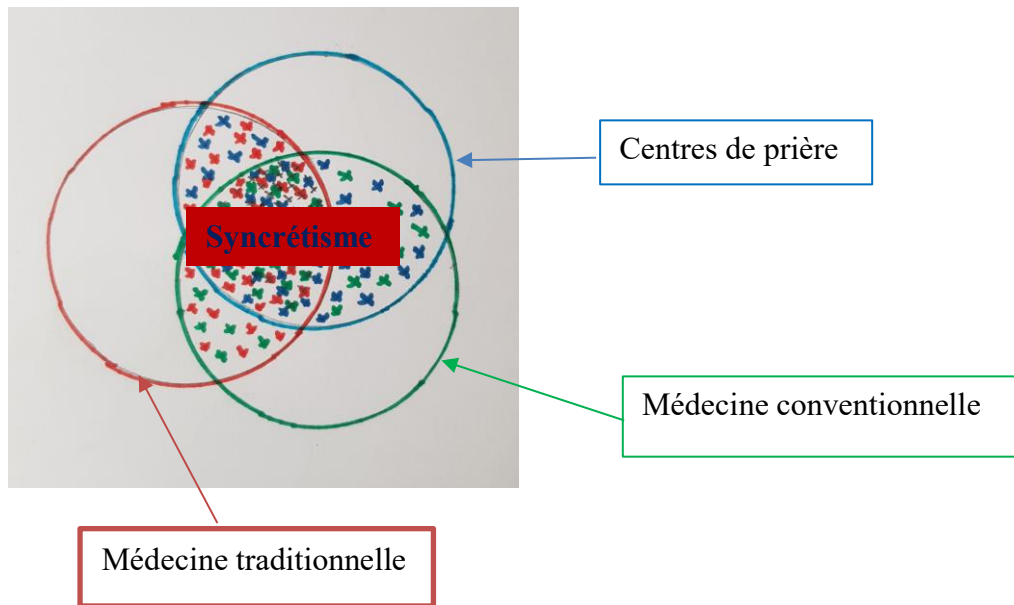
Le point commun entre toutes ces pathologies reste l'expression d'un vécu persécutif, qui apparaît soit dans les manifestations délirantes ou hallucinatoires, soit dans les activités oniriques entraînant pour la plupart du temps le trouble de sommeil (cauchemars, terreurs nocturnes, insomnies).

Au Togo, en dehors de la médecine moderne, il existe d'autres espaces de soins, comme la médecine traditionnelle et les centres de prière.

La médecine traditionnelle est la plus ancienne et est liée à l'histoire des us et coutumes des peuples africains. Malgré l'évolution et le progrès, cet espace de soin est largement sollicité et pratiqué par toutes les couches de la population. Les autres espaces de soins : la médecine conventionnelle et les centres de prières connaissent aussi une demande qui ne cesse croître. L'existence et surtout la sollicitation de ces trois espaces de soins se traduit une sorte de cohabitation, source de conflit. Ce qui est d'ailleurs loin de permettre une collaboration. Il en résulte une forme de pratique, le syncrétisme, qui traduit une fusion ou mélange des doctrines (tentative de conciliation des croyances et pratiques opposées).

La figure ci-dessus montre la cohabitation des pratiques thérapeutiques :

Illustration



Nous nous sommes posé la question à propos des raisons qui pousseraient la population du Togo aux pratiques synchrétiques. GUIGBILE B. D. (2015), anthropologue de formation, évoque quatre séries de causes qui expliquent la propension des africains au syncrétisme et à la double pratique⁶ :

La première cause est liée à la situation de pauvreté et la détresse qui amènent les croyants à court-circuiter leurs capacités dans la recherche des solutions à leurs problèmes. Ceci s'explique par le fait que les sujets s'attendent à des solutions automatiques et magiques, ne laissant aucune place à la raison source de mentalisation. Face à la crainte de la faim, la menace des éléments de la nature, l'imminence de la maladie et de la mort, le syncrétisme devient inévitable surtout avec les offres de solutions miracles que brandissent certains hommes d'église, les charlatans, les féticheurs, les marabouts. Le manque de confiance, le sentiment de peur et d'insécurité et le doute sur la capacité d'une seule religion à satisfaire leurs besoins, poussent les africains à combiner désespérément les éléments de diverses religions : c'est la séduction.

La deuxième cause est liée au principe de relativité qui caractérise certaines formes de pensées africaines. Une religion est jugée bonne ou mauvaise selon qu'elle répond ou non aux besoins de ses adeptes. D'où la tendance à la croyance cumulative qui consiste à adhérer à une nouvelle religion sans renoncer à ses croyances antérieures. En exemple une même personne peut enfile les amulettes, les médailles et les croix sur le même collier, le dizainier

⁶ Guigbile B. D. (2015), L'angoisse du syncrétisme du syncrétisme religieux dans le contexte africain, journée scientifique internationale, Psycause (Togo).

et les bagues de protection sur le même doigt, tandis que les fétiches, le chapelet, la Bible et le Coran se disputent la place dans la même sacoche. En cas de problème il consulte à la fois le devin, le marabout, le prêtre et le guérisseur. En cas de réussite on fait célébrer des messes d'action de grâce après avoir adressé des prières de bénédiction à Allah et offert des sacrifices aux ancêtres, censés y avoir collectivement contribué. Quand survient la mort on fait des pieds et des mains pour que les obsèques soient célébrées selon les rituels chrétien ou musulman, et on célèbre après les funérailles traditionnelles avec une égale solennité et ferveur.

La troisième cause serait liée au poids de la tradition. Pour la majorité des africains, les traditions héritées des ancêtres sont si vitales que leur tourner le dos ne va pas sans conséquence graves. D'où leur attachement aux croyances et pratiques religieuses ancestrales malgré leur incompatibilité avec les règles des nouvelles religions auxquelles ils se sont convertis. Le sujet se trouve ainsi écartelé, tiraillé entre les exigences de sa nouvelle religion et les obligations de sa religion ancestrale qu'il continue de pratiquer en cachette ou par procuration.

La quatrième cause est liée aux religions traditionnelles qui sont généralement fondées sur le principe de l'efficacité immédiate. On y recherche avant tout le bien-être, l'intérêt pratique, le bonheur sous toutes ses formes. Il s'agit de réussir aussitôt et non ultérieurement. Au départ l'Africain voit dans les religions importées qu'il embrasse un nouveau culte destiné à lui procurer de meilleures conditions de vie. Face à l'absence de résultats par rapport à cet objectif, trois attitudes sont alors possibles notamment continuer à persévérer avec fidélité à la nouvelle religion, retourner à ses anciennes croyances (l'apostasie), ou tenter de concilier les deux pôles souvent antinomiques (synchrétisme).

Cette dernière attitude est source de tension intérieure susceptible d'évoluer en maladie psychique. La conséquence immédiate du synchrétisme religieux est l'angoisse suscitée et entretenue par le sentiment de culpabilité éprouvé continuellement à cause des choix effectués. Le drame du synchrétisme réside dans la conscience du sujet à vivre constamment sous le regard inquisiteur des puissances invisibles auxquelles il s'est lié par serment ou par pacte.

L'homme étant un tout et non la somme des parties, il est important de connaître l'univers socioculturel et religieux du patient et de son entourage pour une meilleure prise en charge.

1.2.5. Les espaces de soins au Togo

La perception de la maladie dans la société et culture togolaise est différente de celle occidentale. Rien n'arrive au hasard, chaque maladie a une cause et une signification. La pratique de la médecine dite classique est loin d'avoir fait disparaître l'exercice de thérapies traditionnelles exercées par les guérisseurs, les féticheurs, les marabouts ou la confrérie des chasseurs. En effet, pour la grande majorité de la population, un corps malade ou blessé est souvent la proie de forces surnaturelles ou de mauvais sorts. Et ceux-ci ne peuvent pas être écartés par simples procédés allopathiques. D'où l'exploration de plus près des pratiques ancestrales, qui sont perpétuées non seulement au village d'origine mais aussi dans les villes. Notons que dans ces pratiques, se mêlent divination, exorcisme, appel aux fétiches, prescriptions à base de plantes et manipulations corporelles.

1.2.5.1.Médecine traditionnelle

L'Homme et l'Univers sont perçus et vécus comme un système, une totalité dynamique et bidimensionnelle c'est-à-dire à la fois spirituel et physique, dérivant de Dieu, l'être suprême. Dans cette logique, on peut dire que rien n'arrive au hasard, car la dimension spirituelle divino-ancestrale est la source d'explication de tous les phénomènes observés y compris la maladie. Dans les sociétés et cultures togolaises, l'Homme, un des éléments vivants du cosmos, est constitué par un noyau c'est-à-dire son individualité, à la fois corporel, ontologique, vital, et défensif. Il est soudé à son environnement qui le circonscrit en deux dimensions tripolaires : verticalité divino-ancestrale qui fonde son être, et horizontalité qui fonde d'une part son existence (biolignage) et d'autre part son identité (communauté élargie). Son existence évolue par passages progressifs du pôle corporel au pôle spirituel. C'est pourquoi, les institutions et pratiques sociales comme la vie communautaire, économique, politique, religieuse et éducationnelle traduisent à cet effet cette représentation dynamique bidimensionnelle du cosmos⁷ (Djassoa G. 1988).

Faisant partie intégrante de l'organisation de la vie sociale, la médecine traditionnelle prend en charge l'individu dans sa totalité. Elle ne soigne pas que le corps et l'esprit mais aussi les conflits issus des interactions entre les Hommes d'une part et ceux-ci avec leurs génies ou esprits intermédiaires. La maladie est vécue comme un état de vulnérabilité et de déséquilibre de la personne en tant qu'individu et être social vivant dans une communauté et fonctionnant au rythme de ses croyances et coutumes. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles, la

⁷ Djassoa G. (1988), Thèse de doctorat d'état, Esquisse théorique des pratiques thérapeutiques chez les Nawdeba du Nord Togo, sous la direction du Prof. Loïck Villerbu (P 562)

personne malade garde son mal en secret par peur que celui-ci soit divulgué et par mégarde tomberait dans les oreilles du mauvais (sorcier) qui l'utiliserait à son profit pour en finir avec la victime. Elle traduirait donc une rupture d'équilibre du système.

Selon Djassoa G. (1988) la maladie est perçue comme une agression venant du monde spirituel et donc extérieur à l'ego, le désarticulant de ses axes fondamentaux et désorganisant son noyau biopsychologique. Celui-ci est composé du milieu environnant notamment, terre, forêt, fleuve. Ceux-ci contiennent donc des éléments comme les minéraux, les végétaux et les animaux qui pourront transmettre à l'Homme l'énergie qu'ils détiennent. Le milieu est habité par des énergies et forces qui émanent des génies, des esprits issus de forces ancestrales et cosmiques. Pourront bénéficier de ces forces, ceux qui suivront les rituels prévus à cet effet⁸.

La médecine traditionnelle est pratiquée depuis toujours dans toutes les ethnies du Togo. Elle est exercée par les devins, ou encore les féticheurs. Ils sont appelés « guérisseurs » ou « tradipraticiens ». Leur rôle reste considérable du fait d'être à moitié médecins et à moitié magiciens. Ils servent de médiateur entre le monde invisible (génies, esprits, forces ancestrales et cosmiques) et le monde visible (l'individu et son entourage). Non seulement leur existence est reconnue mais sont aussi investie d'un statut social respecté. Ils disposent d'un code de conduite qui est l'équivalent au code de « déontologie » en médecine moderne. Ils sont encore très fréquentés malgré l'augmentation des centres de soins modernes. Cela s'explique en partie par le fait que le plus grand nombre des soignants africains ont obtenu leur diplôme en parcourant le même cursus que la plupart des praticiens de biomédecine. Ils se sont éloignés en prenant leur distance vis-à-vis de la vision culturelle et traditionnelle même si certains continuent de solliciter l'aide des tradipraticiens pour leur protection (se protéger des jaloux, sorciers et de tout esprit maléfique). En situation de fragilité, l'être humain africain, avec son multiculturalisme et aux prises avec le champ de croyance a besoin de comprendre le sens de ce qui lui arrive. Répondre à la question de « comment » ne suffit pas, il faut aussi compléter celle de « pourquoi ». La médecine traditionnelle non seulement est le produit d'une culture mais s'appuie surtout sur la conception ou perceptions humaines, de la nature, des forces spirituelles et relationnelle qui l'habitent. Elle s'appuie donc sur une approche systémique de la pathologie, sur la connaissance des secrets des plantes, des herbes, et du milieu d'où vient le patient. Cette approche est opposée à celle de la médecine moderne, classique qui est unidimensionnelle et matérialiste. En médecine traditionnelle, le patient peut compter sur ses croyances, l'accompagnement spirituel, le soutien familial voir élargi (ceux

⁸ Djassoa G.Ibid (p 562)

avec qui ils partagent la même foi). A quoi ressemblent les lieux de soins en médecine traditionnelle ?

Ils ressemblent à des lieux abandonnés, où poussent des herbes et plantes sauvages. Celles-ci ont de nombreuses vertus. Ils sont généralement isolés et se situent à l'entrée ou à la sortie des villages, tout dépend d'où on vient. On peut trouver des objets ancestraux de toute nature, avec des jarres et marmites servant à la préparation des médicaments. Ces deniers sont élaborés en collaboration. Le patient est impliqué dans toute la démarche thérapeutique. Les patients et leurs familles sont logés dans des cases et dorment sur des nattes tressées traditionnellement.

L'objectif de la démarche thérapeutique vise à réorganiser, à recréer, par des rituels symboliques, cette totalité désarticulée et désorganisée. Cela consiste à resocialiser la personne affectée mentalement, à rétablir les liens sociaux, à ré-humaniser, car le mal avait entraîné un éloignement et une rupture vis à vis des normes sociales et des valeurs de la communauté. Quelles sont donc les méthodes thérapeutiques ?

Pour atteindre les objectifs et la guérison, le guérisseur procède par la désignation ou à l'identification de l'agresseur. Cette démarche conduit à la découverte de l'axe coupé, du moyen utilisé par l'agresseur et la forme d'existence de l'ego et par conséquent du processus pathologique. C'est indispensable dans la mise en œuvre de la prise en charge. Cette phase se conclut par l'établissement du diagnostic étiologique.

Une fois identifié, il faut passer rapidement à la seconde étape qui consiste à la neutralisation de l'agression et restaurer l'énergie vitale qui était coupée. Pour y arriver le thérapeute utilise les techniques suivantes :

- La mantique et la vision : technique utilisant des symboles notamment des objets, des gestes, des paroles, symboles, manipulations symboliques du corps. Ceux-ci seront à leur tour analysés en vue de l'identification du mal et de l'agresseur.
- Les rituels thérapeutiques : c'est la phase des rituels constitués d'actes symboliques (chercher les araignées, être enchaîné, scarification pour extraction).
- Les plantes, les herbes et leur double efficacité : ici il est question de préparer le médicament en utilisant soit les feuilles, les racines, les écorces et la sève des plantes et/ou les herbes. Elles sont utilisées comme des adjuvants en vue de renforcer ou de compléter la démarche déjà entreprise.

Dans les cultures africaines la santé se conçoit toujours en rapport avec la paix, le bonheur. Être en bonne santé, signifierait être en paix avec soi-même, avec son entourage, son environnement et avec le monde invisible dont on se sent dépendant (les aïeux ou ancêtres et les esprits intermédiaires). La maladie n'est pas seulement un simple dysfonctionnement de l'organisme, ni une panne à réparer, mais elle est considérée comme une agression extérieure qui viendrait rompre l'équilibre entre la personne, le cosmos, la société, et les puissances invisibles dont il faut absolument respecter les volontés. La victime se trouverait atteinte dans son corps et par conséquent serait menacée dans son principe vital, entendu par là son harmonie. Le rôle du guérisseur consisterait à démasquer les causes cachées surtout invisibles du déséquilibre et à rétablir l'harmonie (Guigbile B.D., 2015).

Tout le monde pratique la médecine traditionnelle sans distinction d'âge, de sexe, de niveau d'instruction et catégorie sociale.

Monsieur **K.** né vers 1927 est guérisseur depuis près d'une cinquantaine d'année après une longue séquence d'initiation. Etant lui-même fils d'un guérisseur, il n'a pas été épargné des démarches et rituels d'initiation. Il appartient au groupe ethnique des tems kabyè, localisée dans le Nord du pays plus précisément dans la région de la Kara. Les kabyè sont un peuple constitué de castes des forgerons (*kola*), des chasseurs, des guérisseurs (« *fèda* » nom en kabyè qui signifie « soignants ») et des agriculteurs. L'activité commerciale était régie par le système de troc, c'est-à-dire, l'agriculteur échange par exemple une quantité de maïs contre une houe fabriquée par un forgeron.

Conçu dans une famille polygame, il est issu d'une fratrie de 12 enfants dont il occupe la onzième place (le père avait 03 femmes dont sa mère fut la dernière épouse). Tout comme ses autres frères et sœurs, il a été éduqué dans le respect des valeurs de sa famille et sa communauté, celles-ci en relation directe avec la tradition. Son père fut un ancien malade mental avant de devenir médecin traditionnel. Il était encore très jeune (10 ans) quand l'état de santé mentale de son père s'était aggravé brusquement car il fuguait, parlait seul et faisait des cauchemars et une humeur labile. Et d'après un guérisseur, il souffrait de folie. Toutes les maladies mentales étaient regroupées sous l'appellation de « folie ». Il fut soigné et devint le fils adoptif du guérisseur à cause de sa passion à la médecine traditionnelle, ses capacités à vite apprendre, son humilité et le respect vis-à-vis de son soignant. Une fois les rituels d'initiation effectués, il décida de quitter son maître en fondant lui-même sa famille. Monsieur

K. étant très proche de son père, il s'intéressa à la profession de celui-ci en l'accompagnant partout où il allait. Il acquit le savoir être et le savoir-faire des guérisseurs et en fin les secrets des plantes et herbes médicinales. D'après lui, les préjugés sociaux avant la colonisation, étaient plutôt positifs, car n'excluant pas le sujet, mais attribuaient à ce dernier un second statut avec beaucoup d'avantage. Et que dans la démarche de soin, il s'agissait de réorganiser la vie de la victime en faisant une sorte de resocialisation, de réhabilitation sociale. Le sujet n'était pas exclu de sa communauté, car chaque individu avait un rôle à jouer. Les malades mentaux étaient perçus comme une sorte de « griot », de « prophète » ou d'« éclaireur ». Selon lui, les personnes souffrant de troubles étaient respectées, car portant le poids ou le fardeau social de toute une famille ou communauté. Elles portaient le poids de la culpabilité collective et non individuelle. La population faisait preuve d'une grande sagesse, donc une tolérance à cause des valeurs culturelles et traditionnelles. Les soins ne concernaient pas que seulement la personne touchée, mais aussi sa famille voire toute sa communauté car les troubles mentaux ont tous un élément commun, ils touchent essentiellement les composantes relationnelles (conflits).

En exemple pour clore ce point, monsieur Zato, âgé de 37 ans, est un enseignant dans un Lycée de la place, que nous avons rencontré chez un guérisseur. Il avait été admis pour trouble mental. En effet Zato, à son arrivée souffrait d'insomnie totale, propos incohérents essentiellement de délire d'interprétation. A la question pourquoi ici et non dans un service de psychiatrie ? « *Voyez vous-même le résultat, j'ai presque guéri après juste une semaine* ». Pour lui, « *l'attachement aux thérapies traditionnelles est vital et plus sécurisant* ». A la question comment s'est déroulé ses soins là-bas ? « *Au début, c'était difficile car je n'étais pas moi-même, je disais des choses insensées et non fondées, j'insultais et proliférais beaucoup de menaces, j'ai été attaché à l'arbre que vous voyez là-bas pendant une journée..., mais après avoir bu quelques potions à base de racines et feuilles, tout va globalement bien. Je suis ici parce que j'ai confiance et je pense que c'est l'endroit indiqué pour ma maladie* ».

Les soins dans les espaces traditionnels prennent donc l'individu dans sa globalité et ses rapports sociaux, religieux.

1.2.5.2.Médecine moderne

Implantée Elle a vu le jour pendant les périodes coloniales, et avait comme but de remplacer la médecine traditionnelle, traitée diabolique. Ses méthodes et démarches sont complètement à l'opposées de celle traditionnelle et religieuse. Elle est confrontée à un vaste champ de croyance. Malgré qu'elle soit aujourd'hui exercée et administrée par des hommes et des femmes issus des mêmes croyances, elle a du mal à rentrer dans les habitudes et reflexes quotidiens des populations. La médecine moderne reste toujours considérée comme étrangère. Elle cohabite avec celle traditionnelle. Elle souffre de son rejet, et de son manque de collaboration avec les tradipraticiens et les religieux. Elle a tendance à soigner seulement le corps de l'ego, à lui séparer de ses croyances. Elle n'arrête d'ailleurs pas à dénigrer, voire à culpabiliser les patients. Elle ne considère pas l'ego dans sa totalité dynamique en lien avec ses croyances et pratiques ancestrales. Ce qui met à mal la relation thérapeutique. Les croyances des patients, tout comme leur entourage, se heurtent à celles des soignants malgré que ceux-ci soient issus des mêmes cultures et sociétés. Souvent implantée et mieux équipée en zones urbaines, la médecine moderne reste inaccessible à la population rurale, elle est perçue comme plus couteuse. Aller à l'hôpital paraît angoissant et anéantissant. Il est considéré comme un mouvoir à cause des forts taux de décès liés à des sous-équipements en matière de plateaux techniques. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients arrivent dans les hôpitaux à un stade très prononcé de la maladie.

Selon un rapport du ministère de la santé réalisée en 2016, le Togo comptait : 558 centres de soins dont cinq cent treize unités de soins périphériques, trente-cinq hôpitaux de district, six hôpitaux régionaux, trois centres hospitaliers universitaires et un hôpital psychiatrique. En dehors de ces centres publics, on compte aussi de nombreuses cliniques médicales de renommée nationale et internationale toutes concentrées à Lomé, la capitale.

En matière de prise en charge des patients souffrant d'une pathologie psychique, vu que la plupart des manifestations sont brèves, les hospitalisations durent en moyenne deux semaines à un mois. La plupart des patients sont reçus en ambulatoire et sont accompagnés de leurs proches. Le personnel soignant a été formé aux démarches et méthodes occidentales. Or celles-ci ne prennent pas en compte les phénomènes religieux et culturels qui sont ancrés et intriqués dans le fonctionnement quotidien des peuples du Togo. Les phénomènes religieux et culturels quoi qu'on dise, disposent d'un langage et d'un raisonnement cohérents. Pour mieux les comprendre, il faut rentrer dans le corps des croyances. Appliquer à ces phénomènes les mêmes procédures et démarches scientifiques serait incompatible. Surtout dans la pratique des soins en général et surtout en santé mentale en particulier, le respect, la prise en compte, et la

connaissance de ces phénomènes s'avèrent très utiles pour ne pas mettre en péril le climat de confiance et d'observance thérapeutique.

Exemple type d'une grille de consultation en psychologie

- 1- Identité du patient : il s'agit du nom (s), prénom (s), sexe, âge et profession, adresse du patient.
- 2- Motif de la consultation : il est question ici de recueillir les signes ou symptômes décrits par le patient et/ou son entourage.
- 3- Histoire de la maladie : il est recherché à cette étape, le mode d'installation des signes, les lieux déjà consultés
- 4- Hypothèse diagnostique : à cette étape le médecin établit des hypothèses qu'il vérifiera à travers les examens et bilans.
- 5- CAT : conduite à tenir

Exemple de consultation en psychologie : illustration du récit du premier psychologue clinicien au Togo :

« Mes séances de consultations étaient très variables, dans un premier temps, vue que la psychologie clinique était nouvelle pour eux, il fallait que je présente ce que c'est que cette discipline, mon rôle en tant psychologue, mes méthodes de travail et les objectifs à atteindre avec le patient et son entourage familial. La séance pouvait durer entre 1h et 2h, selon que le patient collabore ou pas. Pour commencer je prenais les identités notamment : nom, prénom, date de naissance et lieu de naissance, situation matrimoniale, l'ethnie, religion pratiquée et en fin l'adresse et contact du patient ou celle d'un proche ». Pourquoi l'ethnie ? « Tout simplement parce que chaque ethnie avait sa spécificité que ce soit en termes de pratique des rites de passage, des us et coutumes, ou en termes d'interprétation de la maladie. La connaissance de l'ethnie nous permettait de mieux orienter l'entretien, de comprendre certaines réactions, et cerner ainsi la dynamique fonctionnelle.

Concernant la religion, cela nous permettait de voir l'attachement à la croyance, le modèle de contenance psychique. Nous découvrons l'itinéraire religieux, je veux parler de la religion de naissance et celles importées, comment le sujet navigue entre ancestralité et nouvelle religion telle que le christianisme et l'islam.

Après cette phase, je recherche l'itinéraire thérapeutique, c'est-à-dire tous les lieux consultés pour les mêmes symptômes avant d'être adressé à nous. Le patient étant dans la recherche

des soins, ne refuse aucune proposition, il tente tout pour le tout. Donc l'hôpital reste dans ce cas le dernier recours.

Je passe ensuite à la recherche des signes et symptômes, le sens que ceux-ci ont pour les patients et leur entourage, avant d'établir une hypothèse diagnostique. Dans la prise en charge, j'étais aidé par un médecin psychiatre de l'OMS qui prescrivait quand il le fallait, et moi je continuais la prise en charge. Il fallait rassurer, créer la confiance et surtout expliquer la maladie à mes clients en prenant bien entendu leur croyance en compte ».

Comment est perçu l'hôpital par les utilisateurs ?

Certains patients n'hésitent pas à fustiger l'hôpital, à qui il est reproché d'être à l'origine de l'enfermement de certains patients, à cause de ses méthodes qui enferment, la manière d'établir le diagnostic constitue une forme d'étiquetage, la stigmatisation commence à l'hôpital.

Voici un exemple pour illustrer nos propos : Mlle Z., âgée de 27 ans, avait été hospitalisée pour syndrome psychotique, nous dit souffrir des étiquettes qu'on lui avait attribué. En effet pendant son hospitalisation, certains soignants pour parler d'elle utilisait son diagnostic, la « *psychotique...* » comme si son nom était remplacé par sa symptomatologie. Et d'ajouter plus loin, « *je suis surveillée à la maison comme lorsque j'étais à l'hôpital. Bref mon entourage agit de la même façon que les soignants* ». « *J'ai été attachée à la maison comme à l'hôpital* ». Cela traduit le traumatisme post hospitalisation que subissent certains patients, sur fond de maltraitance par les soignants.

Nous distinguons deux formes d'hospitalisation, l'une libre, consentie et volontaire à la demande du patient, et l'autre forcée, obligatoire où le patient est contraint à se soumettre à la décision soit de sa famille ou celle de la justice. Les deux ne sont pas perçues de la même façon par les patients et même des soignants. Si l'une généralement se déroule bien à cause de la forte implication du patient lui-même car la demande est faite par lui, l'autre quant à elle se passe sous tension ; le patient se sentant incompris, les soignants quant à eux pensent plutôt que le patient est dans le déni. Bref nous parlerons de ces deux formes d'hospitalisation avec des exemples à l'appui.

Hospitalisation volontaire

Elle se fait à la demande du patient ou du moins avec son accord. Il accepte d'être hospitalisé, et par conséquent il est associé à la dynamique de prise en charge.

Au Togo, ce n'est pas dans les habitudes de consulter surtout quand il s'agit des pathologies psychiques.

Il est à signaler que les soins en psychiatrie étaient et restent encore méconnus et controversés même si sur ces sept dernières années on enregistre de fortes demandes.

En exemple, Mme A, âgée de 34 ans, est suivie dans le service depuis trois ans pour un syndrome psychotique. Elle demande à être hospitalisée : *« je souhaite que vous me gardiez en observation ici pendant quelques jours, je pense que ma maladie revient, « soussou gné lé tchaka (tout s'embrouille dans ma tête). Je n'arrive plus à bien dormir depuis une semaine, et cela s'aggrave de plus en plus, j'ai commencé à entendre des voix me traitant de « adaba » (folle), ou « ola tro adaba » (tu vas devenir folle). Je suis aussi irritable et très désagréable. Je ne voulais plus être hospitalisée mais je n'en peux plus... d'entendre ces voix dont j'ignore de qui elles proviennent, je sens que je ne suis plus la même, j'ai peur de ce que je deviens, je ne me supporte plus moi-même ; je ne voulais pas venir ici car j'avais espoir que ça partirait d'un jour à l'autre, les fantômes ressurgissent après tant d'efforts et de sacrifice (elle parle du vécu du traitement); humm, ce n'est pas juste et ça été très dur pour moi de me décider. L'hôpital est un mal nécessaire »*. Les fantômes désignent ici les voix que la patiente entend. Dans les sociétés et cultures togolaises, entendre des voix émanent des mauvais esprits ou esprits maléfiques comme la sirène de l'eau appelée *« mamie water »*.

Une semaine après sa sortie de l'hôpital, elle nous dira, *« je me suis bien reposée en me ressourçant grâce à vos services. Je peux à présent affronter ma réalité, je me sens prête et vivante surtout je suis redevenue à nouveau moi-même »*.

Tout comme cette dame, la plupart des patients qui font la demande pour se faire hospitaliser, participent à leur prise en charge, sont dociles et beaucoup flexibles. Ce sont généralement des anciens patients, qui connaissent bien les services de psychiatries. Lorsque ces demandes deviennent de plus en plus fréquentes, elles laissent penser à une absence de mentalisation, à une forme de comportement d'enfermement. Nous notons un assouplissement de leur mécanisme de défense, ce qui est bon signe pour une bonne évolution. Quelles sont donc les raisons qui expliquent cette demande quelque fois spontanée ?

Dans nos pratiques quotidiennes nous avons relevé plusieurs raisons qui expliquent la demande ou l'acceptation d'être hospitalisé. Parmi celles-ci, nous pouvons évoquer la docilité liée aux traits de personnalité, le fait de vouloir échapper aux interprétations socio culturelles des symptômes. Aller à l'hôpital, peut signifier que l'on n'est pas possédé ou envouté mais

que l'on est véritablement malade. Pour cette catégorie de patients, il s'agit de se prouver et se convaincre que ce n'est pas mystique, et par la même occasion de persuader l'entourage que cette maladie ne vient pas du mysticisme, et de la sorcellerie. Les croyances sont au cœur de toutes les réactions et représentations. Les patients sont donc pris au piège par leur croyance qui leur fait perdre toute lucidité et cohérence. L'hôpital par le biais de l'hospitalisation viendrait atténuer l'angoisse due à cette culpabilité. Les preuves irréfutables seraient l'amendement total des symptômes suite à la prise en charge.

Pour certains encore, c'est la foi et la croyance en la médecine moderne, à cause des échecs antérieurs avec la médecine traditionnelle. Pour cette catégorie, l'hôpital peut symboliser un contenant psychique, et atténuerait l'angoisse. C'est rassurant d'aller à l'hôpital, pour se faire soigner par des personnes avec lesquelles on ne partage pas les mêmes convictions.

D'autres viennent volontiers car ont reçu un avis ou une recommandation de la part de leur entourage qui peut être un personnage ou guide religieux (personne en qui le sujet a une entière confiance, ou encore une personne ressource).

Pour d'autres encore, le vécu et la représentation de la maladie ne leur laisse aucun choix que d'accepter l'hospitalisation, leur seule attente pourvue que les symptômes visibles et invisibles régressent ou soient amendés.

Pour certains encore, l'hôpital est un refuge, un lieu de repos (*« l'hôpital est un refuge pour moi, je peux aussi me reposer en me déconnectant des charges »*).

Cependant, comme le dit un adage *« Trop de confiance tue la confiance »*, cette facilité de demande ou d'acceptation de l'hospitalisation, peut traduire une forme d'hospitalisme, d'un manque de mentalisation. Cela nuirait à la relation thérapeutique. Il y a des risques d'enfermement psychique lié à la dépendance vis-à-vis des soignants, comme des hôpitaux. L'hôpital ne représente plus un lieu de soins mais plutôt un refuge, un lieu pour se cacher, se soustraire des problèmes de la vie quotidienne avec un appauvrissement des interactions et relations sociales. Qu'en est-il de l'hospitalisation sans consentement ?

Hospitalisation d'office sans consentement

A l'opposé de la première forme d'hospitalisation, celle-ci est faite soit sur la décision de la famille ou d'une autorité publique, qui, compte tenu du fait que le patient représente un danger pour lui-même et/ou pour son entourage. Elle est l'une des formes que les patients décrivent comme un triple enfermement.

Pour le premier, ils font référence à l'enfermement spatial, être coincé entre quatre murs de la cellule. A ce propos un patient nous disait, il y a quelques années : « *Hum, wo tum do kondji kpamé, nye'm kpo mo la to o, nye ma te'm wo nu ke dzom oo* » en traduction littérale ça signifie : « *j'ai été enfermé entre les murs de l'hôpital, je n'avais ni droit de sortir, ni faire ce qu'une personne libre même malade peut faire* ». Il dira plus tard « *j'ai horreur de tout ça* ». Quoi donc ? « *Être dépossédé de soi, c'est ce que je pense de l'hôpital. Vous savez, ...je suis toujours angoissé à l'idée de venir à l'hôpital, même pour un simple contrôle de routine, et donc je dors mal, j'en fais même quelque fois des cauchemars à la veille des rendez-vous...* ». L'expression « hum » en début de cette phrase, en dit long sur les ressentis, un profond sentiment d'impuissance, de déstabilisation ou encore un sentiment de désarroi.

Pour le deuxième, il s'agit bien évidemment de « l'enfermement chimique ». Il est question ici des médicaments. Face aux symptômes, et surtout aux états d'agitations s'accompagnant quelque fois ou non de la violence, de l'auto agressivité ou d'hétéro-agressivité certains patients se voient administrer un traitement au moyen d'une injection intramusculaire (généralement sur les fesses) pour une action plus rapide, ce qui peut s'avérer très douloureux en cas de répétition par cette voie. Le premier effet de la sédation chimique, c'est l'induction d'un sommeil ; ou un état de somnolence chez les patients. Ce qui enferme, selon ces derniers, c'est la passivité dans laquelle ils sont plongés, à une forme de ralentissement voire à l'inaction, le fait de perdre contrôle de soi. Le médicament prend possession du corps et le contrôle de la personne. Pour d'autres encore c'est la dépendance liée à la prise de certains médicaments qui les enferment.

Le troisième concerne « *l'enfermement social* » : pour beaucoup de patient, le passage en force à l'hôpital, leur colle une étiquette à vie d'une personne « *anormale* » ou « *dangereuse* ». Cela engendre au passage la perte du statut social, perte de crédibilité sociale (personne ne croit plus au patient). La discrimination et la stigmatisation plongeront le patient dans un tunnel sans fin ; certains patients sont parfois traités « *d'irresponsables* » ou encore « *d'incapables* » ; ce qui entraîne un appauvrissement des liens sociaux et interactions relationnelles. En exemple un patient d'une trentaine d'années nous disait : « *je n'existe pas socialement, je suis mort, c'est ma carapace qui vit, personne ne fait plus attention à moi, les gens de mon entourage m'ignorent, je suis traité d'insensé ou de fou. Vous savez ce qui est insupportable c'est la façon dont je suis perçu par nos proches, nos voisins avec un regard culpabilisateur, ou de pitié ; ou dans tous les cas, à leur, yeux je suis devenu un condamné, un malfaiteur, un moins que rien qu'il faut surveiller* ».

Enfin le quatrième type d'enfermement est en grande partie la conséquence des trois premiers autres, il s'agit du patient lui-même qui s'enferme. Quand il ne peut plus lutter, ne peut se battre pour maintenir son statut, son identité individuelle et sociale, la reconstruction de sa personnalité prend toute une autre tournure, le patient assiste d'une manière impuissante à son propre écroulement. Pour sauver certaines dimensions de sa personnalité, de son existence, il va procéder à la construction des murs psychiques, une fortification ; et dans ce cas l'enfermement devient un mécanisme de défense dont nous en parlerons plu tard.

L'hospitalisation sans consentement est vécue et perçue très négativement par les patients qui d'ailleurs la considèrent comme une prison, c'est une violation de leur liberté fondamentale. Même s'ils admettent être en état de souffrance, le choix du système de soins leur appartient. Cela pose quelque fois le problème concernant la législation. Certains vont jusqu'à comparer les soignants aux surveillants de prison. Il faut aussi souligner que la plupart de ces formes d'hospitalisation font état de force sur la personne du patient, avec une violence physique et/ou psychologique, des menaces. Dans la procédure, le patient se sent livré et a le sentiment d'être en attente d'une sentence qui n'est rien d'autre que le traitement à prendre de gré ou de force. Il n'a plus d'autres options, que de subir. Certains patients nous diront à ce propos, « *il faut jouer le jeu si tu veux vite sortir de cet enfer* », ou encore « *c'était très pénible les trois premiers jours, car je tentais de résister, alors ils m'ont foutu des injections sur les fesses, ce qui était très atroce, mes fesses s'étaient enflées, je ne pouvais plus vraiment m'asseoir ; être attaché aussi comme un animal attendant son exécution, les médicaments m'avaient aussi paralysé, mes mains tremblaient, je ne pouvais plus tourner ma langue dans ma bouche, je bavais comme un animal pris au piège, j'ai dû céder et jouer le jeu* ».

Les perceptions négatives vis à vis des services de soins psychiatriques sont en partie la conséquence de l'application des contentieux aux patients. Voici en exemple les propos de Mr K., âgé de 27 ans, souffrant du stress post-traumatique à la suite de son hospitalisation : « *ce que vous voyez là ce n'est pas moi, c'est ce qui reste de moi, j'ai été hospitalisé de force pendant deux semaines il y a environ trois ans, ils m'ont rendu malade, rien ne va plus dans ma vie, je ne sais même plus qui je suis, je revis ce passage sous forme d'images qui me hantent l'esprit, je me sens violé sur tous les plans du terme... je n'en peux plus. C'était presque devenu une torture interne, je pense que quelque chose m'a été enlevée, ils m'ont transformé* ».

Le refus de l'hospitalisation est complexe et polysémique. Pour certains cela va à l'encontre de leurs principes religieux, de leur croyance. Accepter aller à l'hôpital remettrait en cause le

culte auquel ils ont voué leur existence et leur bonheur. En exemple, les parents d'une dame de 25 ans ont décidé signer une décharge pour quitter l'hôpital et continuer les soins traditionnellement malgré la contre-indication du médecin psychiatre. Comme explication, la patiente : « ... *est fille de fétiche, et ce n'est pas bon qu'elle soit à l'hôpital, et surtout qu'elle soit restée ici...nous devons rentrer et aller demander pardon au fétiche, ça ne se soigne pas ici ...* ». Plus tard, le père nous dira : « *ma femme et moi n'arrivions pas à avoir d'enfant. Après quelques tentatives avec la médecine moderne sans succès, un proche nous avait conseillé la médecine traditionnelle, c'est ainsi que nous nous sommes dirigés vers un féticheur qui nous traita grâce à ses fétiches. Une sorte de pacte fut scellée entre ce fétiche et nous, notre première fille doit porter le nom de celui-ci, et sera par conséquent dévouée à lui. Malheureusement depuis qu'elle s'est reconvertie nous avons négligé certains rites et sacrifices qui devraient être faits chaque cinq ans en guise de reconnaissance, elle ne porte plus la bague que lui avait mise le féticheur en signe de mariage avec le fétiche, même abandon du nom donné à la naissance issu des consultations avec les fétiches au profit de « Agnès » ...* ». C'est un cas parmi tant d'autres, au Togo. Les croyances se chevauchent les unes des autres. Certains se sont reconvertis pour des raisons de convenance, d'autres pour fuir la sorcellerie ou pour être à l'abri des esprits mauvais. Sinon à la base la population togolaise pratiquait la religion traditionnelle. Et le fait d'être chrétien ou musulman n'empêche pas systématiquement les gens de recourir aux pratiques ancestrales. Bref c'était une petite parenthèse, revenons au sujet du refus, l'hôpital est perçu comme très couteux, méfiance vis-à-vis du traitement reçu dans les hôpitaux, sentiment d'être dépossédé de ses pouvoirs et croyances, ils ne sont pas associés dans la dynamique des soins, ce qui n'est pas le cas dans la médecine traditionnelle, pour d'autres encore c'est la peur et l'angoisse de l'hospitalisation.

Angoisse de l'hospitalisation : de la peur, l'anxiété et à l'angoisse

Nous nous sommes posés la question pourquoi l'hôpital engendre-t-il au tant d'émotions et de sentiments de peur, de frayeur, d'horreur, d'anxiété voire de l'angoisse pour la plupart. Comparé aux autres espaces de soins, il est loin d'être le lieu où les patients peuvent laisser leur maladie. Avant de répondre à cette question, nous aimerions faire un petit rappel de la définition de l'angoisse et surtout faire une description quant à la manifestation.

Commençons par faire la nuance entre la peur, l'anxiété et l'angoisse. Disons qu'il s'agit de la même émotion ressentie à des degrés différents avec presque les mêmes symptômes.

La peur est une émotion issue de l'existence réelle ou imaginaire d'un danger. Cette émotion est très fréquente chez la plupart des patients ou/et leur entourage qui viennent consulter. Elle se traduit généralement par le tremblement de la voix ou des mains, le son inaudible ou plutôt marmonner, la nervosité, la difficulté à parler, le regard quelque fois figé et indifférent, la transpiration, l'accélération de la respiration, et parfois le refus. La manifestation reste subjective et varie d'une personne à une autre.

L'anxiété est un trouble émotionnel intense se manifestant par un sentiment d'insécurité et d'impuissance. C'est le fait d'imaginer le danger sans savoir, ni connaître sa nature. Ici l'anxiété est une réaction qui fait suite non seulement au vécu et à la représentation des symptômes de la maladie mais aussi à quelque chose qui fait peur. L'hôpital est un lieu où se localisent tous les maux, les malheurs et les menaces de la vie. Comme un adage le dit « *on peut naître à l'hôpital, mais y revenir annonce un retour, donc la mort* ». Concernant ces signes, en dehors de ceux déjà cités au niveau de la peur, nous observons quelques fois de fortes transpirations, la bouche sèche, des mains moites ; les patients nous décrivent avoir eu un trouble de sommeil survenu la veille, des vertiges, des douleurs musculaires, une accélération du pouls ou encore avoir des frissons, les maux de tête, la diarrhée ou la constipation. Les patients nous apparaissent quelques fois agités et hyperactifs. Pourquoi l'hôpital est un lieu anxiogène ? La réponse est la même, il apparaît comme un lieu où sont expiés le crime, et les fautes, l'intimité est exposée ; Honte et culpabilité se transforment en tension interne ou incertitude. Parfois l'anxiété est si intense que certains patients n'arrivent plus à décrire leurs symptômes lors des entretiens.

L'angoisse est une grande inquiétude née d'un sentiment de menace imminente, un sentiment d'alerte psychique qui entraîne une mobilisation somatique devant ce qu'on ne sait pas, c'est-à-dire que la menace reste indéfinie. En psychanalyse, l'angoisse « *désigne un ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs* » se caractérisant par une sensation interne d'oppression, de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur. Freud S. (1926), l'avait décrite comme une peur devant un danger qui reste inconnu, indéterminé et qui vient souvent de l'intérieur de soi. Ici on connaît l'objet de cette angoisse c'est « l'hôpital ». Souvent dans nos sociétés il reste le dernier lieu consulté quand les autres voies et recours n'ont pas pu stopper la dégradation de la santé. Dans presque toutes les sociétés, la psychiatrie est perçue négativement et évoque d'emblée la notion de la folie (psychiatrie= folie). L'hôpital reste toujours ce lieu étranger, parfois porteur de stigmates et qui sépare quelque fois le patient de son entourage. L'hôpital est souvent associé aux perceptions négatives, à la

mort, à l'argent, à la perte, au deuil, aux restrictions, à la souffrance. C'est un lieu où domine l'imprévisible, où plane la menace, et beaucoup d'incertitude, lieu où souffrance et tristesse se rencontrent. Topographiquement l'hôpital est un lieu où est localisé, déplacé et condensé la douleur, la souffrance. En médecine moderne, le porteur de la maladie non seulement est désigné, mais reste seul devant sa souffrance. Le nom « hôpital » est souvent associé aux pensées et représentations négatives comme la mort.

L'hôpital, à travers les soignants, a tendance soit à ignorer ou à banaliser les places des croyances autour de la maladie. En plus les malades préfèrent mourir bien entourés au milieu des siens que de mourir à l'hôpital au milieu des inconnus, des étrangers. Il existe des croyances autour du culte des morts.

1.2.5.3. Les centres de prière

Religion et guérison sont intimement liées, car pour bon nombre d'usagers leur conversion fait suite à une maladie. Depuis les années 2000, toutes sortes de cultes fleurissent sur toute l'étendue du territoire togolais comme dans la plupart des pays africains. Au Togo elles sont dénommées églises éveillées ou « *gbogbomé church* ». Il s'agit donc de « *gbogbomé* » en langue locale pour dire « esprit » et « *church* » en anglais pour désigner « église ». Elles ont pris d'assaut les coins et recoins du pays et sont à la recherche des âmes à délivrer. Elles exercent une grande influence sur la mentalité des populations, surtout quand on sait que les hommes sont à la quête du sens de tout ce qui leur arrive, notamment la pauvreté, le chômage, la solitude, et enfin et surtout la maladie. Les centres de prières n'accueillent pas que les patients et leur entourage, mais ont les solutions à tous les maux du monde. Les patients et leur entourage se sentent rassurés. Ce qu'ils ne peuvent pas comprendre et trouver, Dieu le fera. Ils adhèrent complètement à ce courant. Cette dynamique est comparable à une thérapie de groupe, ou de groupe de soutien qui non seulement reconforte mais redonne au passage de l'espoir. Ils se reposent sur la foi, la croyance. Ils sont là, dans l'attente d'une promesse, voir qu'un miracle s'accomplisse. Les responsables de ces centres exercent une forte influence sur les adeptes. Ils n'hésitent d'ailleurs pas à culpabiliser les patients ou leur entourage. A l'entrée, ils font à ces derniers un lavage de cerveau. Et pour pouvoir contrôler les actions et réactions, ils recourent au chantage. La maladie est considérée comme fruit du péché. Entendu ici par péché, tout ce qui va à l'encontre des normes qu'ils ont établies eux-mêmes. La maladie est considérée comme émanant de la possession du diable, des esprits mauvais, de l'envoûtement donc de la sorcellerie, d'où la guérison proviendrait des séances de prières et

de délivrance. Ces centres se veulent thérapeutiques. Ils sont implantés un peu partout et connaissent de plus en plus de forte fréquentation. Pour les tenants de ces centres, leurs actions s'inscrivent dans les pratiques instaurées par le Christ lui-même selon l'évangile de Matthieu 10 :7-8 « ...Allez, prêchez et dites ; le royaume des cieux est proche. Guérissez les malades, ressuscitez les morts, purifiez les lépreux, chassez démons... »

En exemple voici les propos d'un des responsables d'un camp de prière et de délivrance.

Entretien avec le pasteur d'un centre de prière dénommé « SMO »

Observation : L'entretien a eu lieu dans un cadre particulier, et il refuse qu'on fasse l'enregistrement, « *je ne veux pas que ma voix soit enregistrée,* » et préfère garder l'anonymat mais accepte toute fois que nous puissions prendre des notes. Il était très content que nous l'ayons choisi pour l'écouter : « *je vous exprime ma joie et reconnaissance d'avoir choisi notre centre, c'est la première fois que quelqu'un s'intéresse à ce que nous faisons ici, et surtout l'occasion m'est offerte de m'exprimer sur la question de la santé mentale. Je pense contribuer d'une manière légitime car j'apporte du soutien fraternel, spirituel et de l'harmonie aux malades* ». L'entretien a duré 104 minutes.

Le choix du pasteur s'explique par plusieurs raisons :

- ✓ Beaucoup de patients disaient avoir recouru à ce centre de prière pour leurs maux.
- ✓ C'est un centre appelé lieu de délivrance
- ✓ Acceptation du responsable après contact téléphonique,

Nous avons obtenu le numéro de téléphone par l'intermédiaire d'une habituée du centre. Après description et explication de nos objectifs de recherches, le responsable du centre accepte de nous recevoir un après-midi (15h07-16h51) du 21 décembre 2017. L'entretien a commencé après nous avoir demandé de nous lever pour une prière « *Dieu, notre père, nous te confions ce temps d'échange, l'homme est créé à ton image et tu l'as voulu libre, fais qu'il ne s'égaré pas loin de toi, que ta parole soit placée au centre de l'action humaine, que l'homme ne se laisse pas tromper par son intelligence et son savoir-faire... libère notre esprit de l'esclavage et de la servitude, que notre bouche puisse dire la vérité, je te dis merci papa Yahvé, au nom du seigneur j'ai prié.. Amen* ».

Agé de 47 ans, il est marié et père de deux enfants (aînée 17 ans classe de 1^{ère} D, et le dernier 14 ans en classe de 4^{ème}). Il pratiquait la religion traditionnelle jusqu'en 1992 où il décide se convertir à l'église catholique après le décès tragique de son père dans des circonstances qu'il

qualifie de « *mystique* ». Quatre ans de pratique dans la foi catholique, il estime n'avoir pas trouvé le soutien et le réconfort qu'il recherchait. Il décida se reconverter encore une fois dans une église dite éveillée et très charismatique. Après s'être formé, il devint pasteur en 2000, et fonda sa propre église.

Qu'est ce qui explique ce changement ? « *C'est à cause de la sorcellerie, c'est elle qui a tué mes parents et mes sœurs, je vivais dans l'obscurité à cause de mes péchés et mon ignorance* » « *je suis né de nouveau, depuis que j'ai rencontré Jésus, je me sens libre et épanoui* ». « *Peut-être vous vous demandez pourquoi j'ai quitté l'église catholique, juste que j'avais l'impression d'être le même (je ne me sentais pas totalement chrétien). Le décès de mon père a longuement bouleversé ma vie, j'avais besoin d'un nouveau repère, de sortir de l'enfermement, je vivais difficilement, avec une vie qui me détruisait peu à peu, l'alcoolisme. Je suis reconnaissant à l'église catholique par l'intermédiaire d'un de mes cousins qui m'y ait amené. Cela m'avait ouvert la voie, et voilà où j'en suis aujourd'hui* ».

Comment êtes-vous arrivés, de pasteur guérisseur des maladies mentales ? « *Je pense que tout a commencé lorsque j'ai commencé à bien écouter mes « frères » et « sœurs » d'église. Ils avaient besoin de l'attention, et de l'écoute, ce dont j'avais souffert dans le passé avant ma reconversion. Pour moi certaines maladies ne trouvent pas nécessairement de solution à l'hôpital. Je ne prétends pas les soigner, je leur apporte mon soutien, le réconfort, et l'accompagnement dans cette période de leur vie où le désordre semble prendre dessus. Ils avaient besoin d'être rassurés, de savoir qu'on continue à croire en eux, qu'ils ont toujours la même valeur, le même statut social, que nous comprenons leur mal, son origine. Les troubles psychiques tiennent beaucoup à la souffrance de l'âme, à la difficulté de croire en quelque chose, difficulté de maîtrise de soi face aux exigences du corps, partie corruptible. J'aide mes frères et sœurs en situation à se libérer de leur lourd fardeau, d'où la notion de **délivrance (c'est rendre la liberté à quelqu'un)** la maladie mentale est une forme de prison, d'une souffrance pénible, celle de ne plus être maître de soi, de ne plus rien contrôler. La délivrance viendrait mettre fin à cette peine, ou châtiment. La manifestation de la maladie mentale, rime avec l'idée de possession, de prise d'otage. Je pense avoir un don, qui me permet de savoir parler aux personnes en difficulté psychiques, je vous donne quelques passages tirés de l'évangile de Marc 5 : 1-20 « Ils arrivèrent à l'autre bord de la mer, dans le pays des Gadaréniens. Aussitôt que Jésus fut hors de la barque, il vint au-devant de lui un homme, sortant des sépulcres, et possédé d'un esprit impur. Cet homme avait sa demeure dans les sépulcres, et personne ne pouvait plus le lier, même avec une chaîne. Car souvent il avait eu*

*les fers aux pieds et avait été lié de chaînes, mais il avait rompu les chaînes et brisé les fers, et personne n'avait la force de le dompter. Il était sans cesse, nuit et jour, dans les sépulcres et sur les montagnes, criant, et se meurtrissant avec des pierres... Car Jésus lui disait : Sors de cet homme, esprit impur ! ». La maladie mentale résulterait de la possession des esprits impurs et démoniaques. On ne peut les chasser que par la foi (vu que la maladie est spirituelle, sans causes biomédicales, les analyses ne révèlent rien d'anormale). Pour moi, beaucoup de maladies mentales sont liées à la croyance, donc à la religion. Moi je n'enferme pas les gens, c'est plutôt l'hôpital ». **Comment l'hôpital enferme –t-il les malades ?** « Par le diagnostic, l'acharnement à tout rendre rationnel, à traiter. Pour nous les croyants tout à un sens, même les phénomènes les plus irrationnels, selon leur propre qualification. A l'hôpital, le malade est complètement divisé en plusieurs entités, il ne sait plus qui il est, il se retrouve en plusieurs morceaux. Je sais que les docteurs veulent bien faire, mais nous ne sommes pas leurs ennemis, nous leur facilitons le travail. D'ailleurs, en exemple la plupart des malades viennent me voir avec leurs médicaments, demandant qu'on prie avant qu'ils ne les prennent. Sachez que chaque patient a une histoire chargée de croyances. Soigner quelqu'un, n'est pas seulement une affaire de science, il faut non seulement respecter le malade mais et aussi ses croyances. Sachez que l'homme est spirituel, donc est à la quête du sens, ce que les soignants des hôpitaux semblent oublier. Je reviens sur un point qui me tient à cœur, souvent les gens que j'oriente vers l'hôpital, me reviennent très perturbés et paniqués, du fait que les soignants leur disent ces petites phrases qui marquent à jamais, qui choquent et qui traumatisent, « tu prendras le traitement à vie », « tu es bipolaire, tu souffres de telle...ou telles maladies, c'est une maladie à vie », cela déstabilise le malade, ça brise tous ses rêves, c'est un anéantissement total. Dieu est le plus grand scientifique, de tous les temps, il guérit toute sorte de maladie. Moi, je donne l'espoir, j'explique au malade qu'il peut être encore heureux, et qu'il a un nouveau statut, et que Dieu a une mission pour lui, d'où la nécessité de se libérer de tout fardeau qui le lie à son passé.*

Que reprochez-vous aux soignants des hôpitaux ? « Pas tous » (rire) « certains, pour leur manque d'ouverture, leur parole quelque fois blessante vis-à-vis de la croyance de leur malade. Les consultations sont quelques fois vécues comme une sentence « être condamné, C'est très traumatisant. J'ai moi-même peur d'aller à l'hôpital à cause de la réaction de certains soignants qui nous traitent d'ignorants. Les malades ont peur de tout dire par qu'ils n'ont pas confiance, peur d'être mal vus, peur d'être traités différemment, peur d'être jugés. Certes à l'hôpital, les patients sont soignés, mais subissent. Parfois j'ai l'impression qu'ils se

moquent des patients, du fait de leur réaction, leur indifférence, et surtout lorsqu'on leur parle de maladie spirituelle ».

Que pensez-vous des troubles mentaux ? « *C'est difficile de bien vous l'expliquer vue leur complexité. Pour parler de ces maladies, je vais parler tout d'abord du mystère qui les entoure, leur caractère bizarre, et surtout elles tournent autour des thèmes liés à la croyance, à la religion, au spirituel. Elles sont mystiques, c'est pourquoi même à l'hôpital les analyses et bilans médicaux effectués sont normaux malgré beaucoup de signes d'anormalité relevés chez la victime. Les réactions prouvent que c'est mystique, le diable ou les esprits mauvais ont pris possession du corps de la personne et de son âme. Elle perd contrôle de ses actions, et n'est pas consciente de ses actes. Il dit des choses insensées, incohérentes et pleines de menaces, cela décrit une certaine rupture du sujet avec lui-même.*

Quant aux causes, elles peuvent provenir de l'envoutement, de la sorcellerie, d'un manque de foi, des œuvres maléfiques ». ***Comment l'expliquez-vous ?*** « *...C'est le résultat du péché (vous savez bien que le péché c'est le refus volontaire ou non de la loi divine), c'est la conséquence d'une vie ténébreuse sans lumière, sans conviction, d'une pauvreté spirituelle. Il faut donner un sens à sa vie. L'absence de foi plonge l'individu dans une obscurité sans précédent, or sans lumière on trébuche, on ne peut pas voire les obstacles. Sans la foi, l'homme est vulnérable et donc fragile vis-à-vis des esprits invisibles et malins. Il est exposé à toute forme de corruption et de souillures. Seul Dieu peut protéger des actions invisibles, et garantir un sentiment de sécurité et de réconfort. Les maladies mentales sont en quelques sortes la manifestation du conflit entre le visible et l'invisible, entre les mauvais esprits et Dieu, entre les bons et les mauvais. Il faut nourrir son âme de la nourriture spirituelle ».*

Que faites-vous lorsque vous recevez les gens avec un passé psychiatrique ? « *Parler de la santé c'est prendre l'individu dans sa singularité et totalité, moi je complète ce que font les agents de santé, je leur donne l'espérance avec des prières. Je peux vous décrire la démarche et les étapes de la **délivrance**. Je suis accessible à tous, cela me rapproche des gens créant ainsi la confiance entre les fidèles et moi. Ils peuvent me parler de tout sans secret ni peur d'être jugé ou être regardé autrement. Sans la confiance rien ne peut marcher, je comprends leurs problèmes, il y a une parfaite symbiose entre eux et moi, nous nous comprenons, je sais de quoi il s'agit lorsqu'ils parlent, ce que beaucoup de soignants ignorent.*

Démarche pour la délivrance :

- 1- *La demande est formulée : Celle-ci se fait après quelques échanges avec le concerné, on lui explique la procédure, en accord avec le patient, nous enclenchons le processus.*
- 2- *Le Jeûne et la prière : en fonction du problème, nous organisons les séances de prière. C'est un moment important de se préparer pour communiquer avec Dieu. Nous procédons par la demande de pardon gage de réconciliation du malade avec lui-même et avec son créateur. Pour y arriver, le malade, ses proches et moi-même sommes soumis au jeûne. Il s'agit de la privation de nourriture, étant donné que le corps est la partie corruptible, la privation de nourriture restaure le corps dans ses fonctions : le temple de Dieu.*
- 3- *Phase de délivrance : elle est le tournant décisif du processus. Elle est marquée par une prière intense, et consiste à libérer la personne de la servitude du mauvais et du malin. Tout ceci ne peut fonctionner que si et seulement si la personne croit en Dieu, en sa puissance et sa miséricorde, précédée de la reconnaissance de ses péchés, vous pourrez lire dans la bible (Romain 3 :23, « car tous ont péché et sont privés de la gloire de Dieu »). Nous sommes des pécheurs d'où la nécessité de demander pardon pour nos péchés. Nous finissons à chaque fois la séance de délivrance par quelques recommandations notamment comment se comporter face à l'adversité, face à l'ennemi ».*

Vos conclusions ? « Je vous remercie pour cette opportunité, toutes mes pensées positives à toutes les personnes souffrant de la maladie mentale. Je suis de cœur avec eux dans leur combat quotidien pour rester humain, et retrouver leur identité. Je souhaite une collaboration avec les autres acteurs, et leur demande de faire preuve d'ouverture, que lors des séances de sensibilisations qu'ils arrêtent de nous diaboliser, qu'ils nous respectent et reconnaissent notre rôle et surtout notre contribution à la stabilité et l'épanouissement de l'homme en général et de l'homme malade en particulier. Pour finir, je ne sais pas si vous êtes croyants ou pas, mais que Dieu vous bénisse et vous accompagne dans vos recherches, Amen ».

Après cet entretien, nous avons choisi de présenter deux cas, une dame et un monsieur amenés par leur famille dans le centre de prière.

Voici deux photos prises en 2015 dans un camp de prière situé à la périphérie de Lomé, la capitale du Togo.

Photos de Psy Cause Togo, prises dans un « *Camp de prière, de guérison et de délivrance* » à Lomé



Photo: 1



Photo: 2

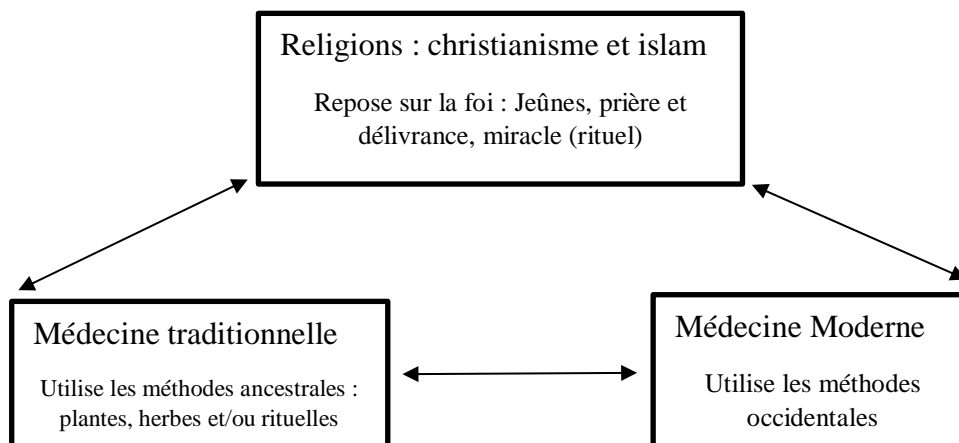
Sur la première image ci-dessus, il s'agit d'une jeune fille d'une vingtaine d'années, admise dans ce centre de prière parce que ses parents pensent qu'un sort lui a été jeté. Elle a été admise au centre depuis environs six mois. Sa famille et le pasteur de l'église pensent qu'elle serait sous l'emprise d'un mauvais esprit, et aurait un comportement anormal. Selon leurs dires, la jeune fille par moment serait agitée, avec des propos incohérents et surtout dit voir des gens dont personne ne peut voir (hallucinations visuelles). Elle a un pied attaché à un arbre. Assise dans une chaise en plastique, et à ses côtés une natte servant de lit de couchage les nuits si elle n'est pas soumise à des rituels (séances de prières de délivrance). Depuis son

admission, elle est au même endroit, dehors à l'air libre, exposée aux intempéries climatiques, aux moustiques et autres insectes.

Sur la deuxième image, il s'agit d'un jeune également d'une vingtaine d'années, admis dans le même centre de prière que celui de la jeune fille, pour comportement de bizarrerie, « crache sur les gens, parle une langue étrange, agressivité verbale et physique, cris et rire immotivé ». Il s'agit probablement des signes typiques de la schizophrénie. Il est lui aussi attaché à un arbre depuis environ un an selon les propos de l'entourage (mère). A force d'être au même endroit, il n'existe plus d'herbes à cet endroit.

Malgré les multiples formes de maltraitements auxquelles les patients sont exposés, les fréquentations dans ces centres de prière restent très élevées. Ce qui est surprenant, un patient ayant fait l'expérience de ces centres, cherche à y retourner. On note également de fausses raisons cachées sous de bonnes intentions. Certains disent n'avoir pas d'argent, et pourtant ils dépensent des sommes colossales dans ces centres. Nous remarquons quand même une forte adhésion aux croyances et de la spiritualité. Il s'agit d'une recherche à tout prix des miracles.

Pour finir, voici un schéma pour décrire l'itinéraire thérapeutique des patients.



1.2.5. Santé mentale : évolution au Togo

Dans de nombreux Etats africains en général et au Togo en particulier, la situation des personnes souffrant de troubles mentaux demeure pénible. Le problème de santé mentale n'est pas une priorité pour les gouvernements. La priorité est plutôt donnée aux pathologies comme le paludisme et le VIH/SIDA. Les troubles psychiques sont considérés comme faisant partie des faits culturels et non comme des maladies relevant de la santé publique. Le choc culturel

issu de la rencontre entre d'une part la tradition et la modernité ; et d'autre part entre les religions traditionnelles et les religions importées (Christianisme, l'islam, le bouddhisme), condamne pour la plupart du temps ces personnes à l'isolement, à l'errance, à l'enchaînement et à l'enfermement. Le poids des croyances traditionnelles et religieuses pèse énormément sur la question de la prise en charge. Trois périodes ont marqué la médecine en Afrique :

Période précoloniale : Il n'existait qu'une seule médecine, la pratique ancestrale. Elle est exercée dans presque toutes les familles. Mais plus tard, celle-ci serait organisée autour des personnes reconnues et investies du statut de « guérisseurs » soit, « *joyètou* » en kabyè, qui signifie littéralement propriétaire ou détenteur du produit, d'autre appellation « *fèdou* », qui signifie « soignant », en moba, « *youa tèb* » pour dire « soignant ». Ne peut pas devenir guérisseur n'importe qui. C'est avant tout un métier de vocation, d'initiations avec des rituels dans le plus grand respect de la tradition. La médecine africaine est transmise par les anciens, de génération en génération. Elle peut être exercée par des anciens malades, qui, après un long séjour, ont fini par acquérir le savoir-faire et les secrets des plantes ou des herbes. Ils connaissent bien les secrets et les codes des plantes. Ils disposent d'un statut particulier au sein de leur communauté. Souvent nombreux sont les guérisseurs qui utilisent simultanément ou alternativement les plantes et les rituels. Chaque guérisseur en fonction de son domaine d'intervention (spécialisation) avait sa technique. Avant tout traitement, il fait un examen en vue d'établir le diagnostic, et surtout d'établir d'éventuelles causes de la maladie. Il faut noter qu'il y a un grand désir de connaître les causes de la maladie chez la population africaine.

Dans les cultures africaines dominées par des tendances communautaires (forte tendance au comportement collectif), l'inconscient collectif est dominant. Chacun se comporte comme les autres, difficulté à se démarquer des autres, c'est tout comme la communauté enfermait ses sujets en leur dictant la ligne de conduite, créant ainsi le comportement de peur, d'évitement, de non-dits. Il faut faire comme les autres, une sorte de conformisme qui puise ses forces dans les croyances, dans les interprétations. Il est certain que la culture dans son fonctionnement peut créer des inégalités et façonner par la même occasion les croyances, les aspirations, les préjugés, les systèmes symboliques, les narrations sociales (Walton M. 2008).

Période coloniale : Cette époque est marquée par les conflits de domination socioculturelle et psychique. C'est l'ère du grand remplacement, avec la persécution des religions traditionnelles et la destruction des cultures ancestrales. La médecine traditionnelle non seulement est traitée de diabolique, archaïque, satanique, inhumaine et non civilisée mais devait tout simplement disparaître au profit de celle conventionnelle. Cette période connaîtra un grand bouleversement. C'est l'ère du grand remplacement. C'est la période des grands traumatismes, les gens sont contraints de détruire ou de se séparer de leurs croyances, leur religion, des symboles représentant leurs ancêtres et leurs fétiches. La médecine traditionnelle va profondément être touchée vue qu'elle est directement liée en grande partie à la foi c'est-à-dire à la croyance, à la religion traditionnelle. La colonisation a fait apparaître de nouvelles formes de préjugés sociaux, basés sur l'appartenance religieuse et ethnique. Ce déchirement va fragiliser les communautés en les divisant davantage. Ce n'était pas seulement la destruction d'un savoir ancestral, mais c'était le démantèlement des contenants psychique. Les médecins traditionnels vont devoir se cacher ou abandonner leur art et perdre progressivement leur savoir être et savoirs faire de leur profession. La rencontre avec la civilisation occidentale s'est faite dans un contexte conflictuel, créant un choc culturel dont aucune culture ne s'en remettra jamais. Il n'existait pas encore des centres dédiés à la santé mentale. Les malades mentaux étaient soignés par la médecine traditionnelle via les guérisseurs ou du moins ce qu'il en reste.

De la période postcoloniale à ce jour : elle reste l'ère des grandes révolutions dans presque tous les domaines. Même si cette période marque la fin apparente de la domination étrangère, tout n'est pas gagné. Dans le système de soins, on voit le retour en force de la médecine traditionnelle. Désormais, il fallait composer avec les deux formes de médecines dont la collaboration restera difficile jusqu'à ce jour. La plupart des préjugés sociaux verraient le jour qu'à cette période. Les malades mentaux, n'ont plus la place sociale que celle qu'ils avaient. Ils sont la hantise des populations, qui subissent plusieurs formes de maltraitance, de discrimination et de stigmatisation.

Nous avons rencontré à cet effet Monsieur Djassoa Gnansa, fondateur de la psychologie clinique et de la santé au Togo.

Il est le tout premier psychologue clinicien du Togo formé à l'étranger (suisse), nantis d'un doctorat d'état (université de Rennes II, France) en 1985. Il devint Professeur Titulaire de psychologie clinique et psychopathologie à l'université de Lomé, praticien au centre hospitalier universitaire campus (CHU CAMPUS) de Lomé pendant 42 ans. Il est le pionnier

et fondateur de l'ouverture de la filière de psychologie appliquée à l'université de Lomé en 1995. Il a encadré 30 thèses de doctorat en médecine et en psychologie, près de 215 mémoires de Maîtrise et de DESS.

« J'étais arrivé au Togo à la fin de l'année 1975 venant de Genève (Suisse) où, après avoir obtenu mon Diplôme d'Etudes Spécialisé (l'équivalent du DESS français) de psychologie clinique et m'être inscrit en thèse de doctorat à la Faculté de Psychologie et de Sciences de l'Education, je fonctionnais comme Assistant de Psychologie Différentielle, poste que j'avais dû abandonner pour rentrer au Togo où se trouvait mon champ de recherche pour la thèse ».

Quelle était la situation de la santé mentale au Togo en 1975 ?

Il existait (et encore aujourd'hui), pour tout le Togo un seul hôpital psychiatrique situé à Aného (première capitale du Togo) à une cinquantaine de kilomètres à l'est de Lomé, presque à la frontière du Bénin ; l'hôpital est adossé à la prison civile de la ville sans mur mitoyen de séparation. L'hôpital était ouvert durant la colonisation pour abriter les prisonniers qui avaient commis des délits « *sous l'emprise de la folie* » ; il était donc administré, tout comme la prison, par les Ministères de l'Intérieur et celui de la Justice. Il n'y avait donc pas de soins. A la même période, les « *malades mentaux* » qui erraient dans la rue et qui gênaient la circulation dans la ville de Lomé étaient arrêtés par les forces de l'ordre et enfermés dans la prison désertée de Tsévié, ville située à environ 36 Km au nord de Lomé, évidemment sans soin de santé.

Un peu plus tard, la prise de conscience que les « *pathologies mentales* » soient soignable, a provoqué un changement de mentalité chez les dirigeants : la prison pour « *fous* » d'Aného est transformée en hôpital psychiatrique et placée sous l'administration du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales ; il fallait donc introduire les soins pour « *fous* ». A sa prise de fonction, le personnel soignant était composé de trois infirmiers en soins psychiatriques formés au Ghana, pays voisin ; le médecin chef était un généraliste (il ne regardait pas ce que faisaient les infirmiers et réunissait les malades sous la paillote disant faire la psychothérapie de groupe. Il n'y avait pas de psychologue ; ou ceux qui étaient là, étaient formés en France et pour la plupart, soit sont titulaires d'une maîtrise générale, soit un diplôme de conseiller d'orientation scolaire et professionnelle. Il y avait un expert médecin psychiatre envoyé par l'OMS dans le cadre de la Santé Publique, pas pour l'hôpital psychiatrique. Le Luxembourg avait octroyé au Gouvernement Togolais un financement pour la promotion de la santé mentale : des bourses d'études au Luxembourg pour la spécialisation de certains infirmiers en

soins psychiatriques ; quand ils sont rentrés après leur formation ils ont été tous affectés en soins généraux, aucun à l'hôpital psychiatrique. Le Luxembourg avait financé aussi la construction d'un grand hôpital psychiatrique dans la ville de Tsévié là où on parquait les « fous » dans la prison désertée ; mais les habitants de cette ville où il n'y avait pas d'hôpital mais une subdivision sanitaire pour la santé publique, ont organisé une marche de protestation pour avoir plutôt un hôpital, au lieu de celui psychiatrique. Le gouvernement d'alors céda, en le transformant en hôpital général. Les « fous » parqués à la prison civile désertée de cette ville ont été progressivement transférés à l'hôpital psychiatrique d'Aného.

Constat

« Quand j'ai pris mes fonctions à l'hôpital psychiatrique, j'ai constaté que le médecin chef n'encadrait pas les infirmiers pour les soins psychiatrique ; il ne faisait pas de consultation, pas de visite des malades hospitalisés ; Ainsi laissés à eux-mêmes et sans compétences leur donnant la capacité d'exploration débouchant sur diagnostic et un traitement conséquent, ils traitaient les symptômes motivant la consultation uniquement par les neuroleptiques (Largactil, melleril, etc.). En plus les malades n'avaient pas de dossier médical. Ma première tâche était de constituer un dossier médical pour chaque malade en hospitalisation ou en traitement ambulatoire : je glanais les données des registres de soins infirmiers, je m'entretenais avec les parents qui venaient en visite, ou ceux qui accompagnaient leurs parents malades pour le suivi. Mais pour les patients qui ne recevaient jamais de visite, l'assistante sociale de l'hôpital allait à la rencontre des proches pour dénicher quelques informations. J'ai mis six mois pour constituer les dossiers de tous les malades présents ou suivis à l'hôpital tout en me chargeant de ceux qu'on recevait. Pour le traitement psychiatrique adapté au diagnostic, j'encadrais les infirmiers avec l'assistance de l'expert psychiatre de l'OMS qui venait travailler avec nous tous les jeudis. Le médecin chef ne maîtrisait pas le traitement psychiatrique : un jour on m'amena de Lomé un jeune conducteur de taxi qui avait consulté à la clinique du médecin chef à Lomé pour insomnie rebelle ; le médecin l'avait hospitalisé dans sa clinique et soumis à la cure de sommeil avec Largactil en perfusion pendant une semaine ; libéré, le patient était allé chercher des cordes pour se pendre et on l'avait sauvé et ramener à la clinique où il a été soumis à une autre cure de sommeil pendant une autre semaine toujours avec Largactil en perfusion ; à la fin de la cure, il avait acheté le raticide pour se suicider et on l'avait encore surpris et sauvé ; c'est le Directeur Général de la santé qui avait conseillé de me l'amener à l'hôpital. L'exploration m'avait permis de diagnostiquer une dépression sévère avec des idées suicidaires sur fond de conjugopathie. J'avais conseillé aux infirmiers de le mettre sous traitement antidépresseur

associée à une thérapie familiale. La conjugopathie ayant trouvé une solution le patient s'est remis de sa dépression et a repris ses activités.

Le tout premier psychiatre que j'avais rencontré lors du premier congrès panafricain de psychiatrie tenu à Abidjan en 1975 était alors en spécialisation à Dakar. Nous avons soulevé ensemble le problème de la gestion de l'hôpital psychiatrique au Togo. Il rentra au pays à la fin de sa formation. C'était un ouf de soulagement qui allait être de courte durée, car le seul médecin psychiatre du pays a été immédiatement affecté dans un hôpital général à l'intérieur du pays loin de Lomé.

Par la suite, l'Etat ayant constaté que les médecins prescrivaient trop de médicaments pesant sur la poche de la population, avait demandé à tous les médecins chefs de réduire le traitement aux médicaments essentiels de leurs spécialités ; notre médecin chef a tout simplement réduit le traitement psychiatrique aux neuroleptiques avec largactil⁹ en tête. Toutes les autres molécules dont les antidépresseurs ont disparu des pharmacies. J'ai demandé audience à la direction nationale des pharmacies ; on m'a éconduit. Ce n'est que, beaucoup plus tard, quand j'avais déjà quitté l'hôpital et continuais la sensibilisation des médecins au traitement psychiatrique. Il a fallu qu'un médecin établisse un diagnostic de syndrome dépressif chez une patiente parente du directeur des pharmacies et prescrive un traitement antidépresseur. Quelque temps plus tard, les antidépresseurs refaisaient leur apparition dans toutes les pharmacies du Togo. Par la suite, le médecin chef de l'hôpital psychiatrique a été admis à la retraite pour limite d'âge et remplacé par un autre généraliste mais qui a dû céder la place à un psychiatre formé et rentré au Togo ».

Ouverture d'un service de psychiatrie et de psychologie médicale au CHU CAMPUS de Lomé

« A Lomé, j'enseignais à l'université, ce qui me donnait des facilités pour la préparation de ma thèse. Je pouvais avancer dans mes travaux de recherche, les malades continuaient à me consulter. Un jour, j'ai reçu une patiente souffrant des crises comitiales qui fait état dans son itinéraire thérapeutique du suivi par un médecin neurologue fonctionnant au CHU de Lomé. Pour ce dernier, les gens confondent psychiatrie et neurologie, car il est envahi par des malades mentaux et m'invite à cet effet à une collaboration dans la prendre en charge. De façon informelle, nous avons convenu d'un après-midi par semaine où j'occupais son bureau

⁹ **Largatil** : Médicament appartenant à la famille d'antipsychotique. Il est utilisé pour traiter une maladie caractérisée par des symptômes tels que le fait d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas, d'avoir une suspicion inhabituelle, des croyances erronées, un discours et un comportement incohérents, et un retrait affectif et social. Les personnes qui présentent cette maladie peuvent également se sentir déprimées, coupables, anxieuses ou tendues.

de consultation pour prendre en charge les malades psychiques préalablement triés par lui. La collaboration s'était faite naturellement entre le médecin neurologue et moi. Car n'étant psychiatre, il lui fallait de l'aide dans l'établissement du diagnostic et l'orientation des prescriptions psychiatriques. En l'y guidant parce qu'elle ne relève pas de sa spécialité ; en tant que médecin, il s'y est très vite adapté ; nous avons fonctionné ainsi pendant un certain temps et je suis parti pour terminer ma thèse en France. A mon retour, deux ans plus tard, le CHU CAMPUS était ouvert, ce neurologue et un cardiologue y fonctionnaient comme chefs de leurs services respectifs. Les deux m'ont approché pour me dire de venir travailler avec eux pour une meilleure prise en charge des troubles purement psychique et surtout des maladies psychosomatiques auxquelles ils font face. C'est ainsi qu'avec l'accord de la direction de l'hôpital et l'autorisation du Ministre de la Santé, j'ai ouvert, en 1990, le Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale au CHU CAMPUS de Lomé où je fonctionnais seul en collaboration avec les deux médecins qui assurent les prescriptions médicales et l'hospitalisation se faisait au Service de Neurologie. Un jour, deux jeunes médecins se sont joints à moi pour leur initiation à la santé mentale parce qu'ils voulaient se spécialiser en psychiatrie ; j'ai sollicité et obtenu deux bourses d'étude de l'OMS pour eux mais c'est un seul qui a pu l'avoir à cause d'une mauvaise procédure administrative ; celui qui a obtenu la bourse s'est inscrit à Dakar et l'autre s'est inscrit en France ; les deux sont rentrés au Togo après leur formation ; celui qui a étudié à Dakar a commencé comme contractuel au CHU CAMPUS puis recruté dans la Fonction Publique ; celui qui a étudié en France est recruté par la Fonction Publique et affecté à l'hôpital psychiatrique mais est reparti en France ; d'autres dont j'ai dirigé la thèse sont partis pour leur spécialisation en France et ne sont jamais revenus ».

Et que pensez-vous des croyances de vos clients ?

« La plupart de mes clients pratiquent le syncrétisme religieux, une sorte de mélange. Ils pratiquent à la fois l'animisme et les religions importées. Car ces dernières promettent le bonheur, la liberté et cela constitue un élément attractif à l'égard de ces dernières.

Tout d'abord les croyances étaient faites d'interprétations persécutives culturelles. En exemple, j'avais reçu un jeune homme qui disait à propos de sa maladie, que c'était son père et sa belle-mère qui l'ont pris pour sacrifier et faire de l'argent. Après recherche et collecte d'informations, il ressortait que dans leur culture, quand ils ont un problème, ils demandaient de l'aide au fétiche vodou qui leur demandait en retour de sacrifier l'enfant qu'ils aiment le plus, soit en le tuant (le momifiant et le suspendant, dans une chambre secrète, et à chaque fois qu'ils évoqueront son nom, ils obtiendront de l'argent) ; soit en le rendant malade. A cet

effet, un garde malade m'avait d'ailleurs montré quelques patients avec une bonne évolution et très stable mais à chaque fois qu'un parent venait les rendre visite à l'hôpital leur état se détériorait, et ils refaisaient les crises.

Un deuxième exemple, j'ai reçu un jour un autre jeune homme de 27 ans très agité et les neuroleptiques étaient restés sans effet, c'était une agitation maniaque, il continuait à danser, à crier, à s'exciter. Un jour, je reçois son père pour d'amples informations, lorsqu'il vit son père, il se mit à crier : « c'est mon père seul qui pouvait me libérer de cette maladie », en cherchant à comprendre, on m'expliqua qu'il était né sous le signe de la forge, il suffit qu'on plante celle-ci pour qu'il guérisse. Après échanges avec le père, quelque jour plus tard, celui-ci passa avec notre permission prendre le patient en vue d'accomplir quelques rituels en plantant la plante en question. Trois jours après, le malade revint seul, très calme, stable à notre grand étonnement. A ma demande sur ce qui c'était passé, il me répondit « après avoir planté la forge, on m'a lavé avec quelques plantes effusées, c'est tout, je me suis retrouvé ». Voilà un exemple de guérison à base de thérapie traditionnelle ».

Comment réagissez-vous face aux croyances de vos clients ?

« La croyance dans nos cultures peut se concevoir comme socle de protection, bouclier, et par conséquent s'avère être un mécanisme de défense et jouerait un rôle de contenant.

Il faut plutôt demander comment mes clients réagissent face à moi et mes pratiques au début à l'occidental. La culture, les croyances, les représentations étant mon champ de recherche, j'ai vite compris la place qu'elles occupaient dans la vie quotidienne des populations, et... c'est sûr que j'ai fait quelques erreurs de débutant et de jeunesse dans ma pratique avec parfois certaines questions mal placées, mal formulées. Au début de ma carrière, je pratiquais comme à l'occident, mais je n'obtenais pas vraiment de bons résultats, parce que non seulement, mes clients ne me faisaient pas confiance, ils disparaissaient, et revenaient parfois plus malades. Finalement j'ai réussi à me faire accepter bien entendu en m'ouvrant de plus en plus à ce qui se passait autour de moi.

C'était vraiment bizarre au début, ils me confondaient aux médecins, mais vu que je ne prescrivais pas, je relevais quelques réactions d'ambivalence, notamment entre la déception qui se lit sur leur visage d'une part, et d'autres parts, la confiance qui s'établit entre eux et moi, cela démontre la facilité avec laquelle ils peuvent se confier, tout débiller, il arrivait parfois qu'ils m'assimilent au charlatan ou magicien qui connaît tous leurs problèmes ».

Que pensez-vous de la médecine traditionnelle ?

« En me référant aux travaux d'I. Sow, c'est l'interprétation persécutive, les attaques peuvent venir de la société, de la famille, de l'être suprême, de l'ancêtre ou encore des esprits intermédiaires. Après consultation chez le tradipraticien, il va dire ce qu'il faut faire, et comment le faire. Le patient et sa famille sont associés dans la démarche des soins, notamment la préparation du médicament, la résolution du conflit familial, la déculpabilisation et la réconciliation du patient avec son entourage familial, entourage ancestral. Voici deux cas qui illustreront mes propos à cette question : j'avais reçu deux jeunes gens à l'hôpital, qui me disaient que les soins qu'ils recevaient à l'hôpital étaient plutôt des calmants, et par conséquent sollicitaient ma permission pour suivre un traitement traditionnel, recourir à l'indigénat. **Ils avaient juste besoin, que je dise oui pour reconforter leur adhésion totale. L'accord était une sorte d'accompagnement, de soutien, de respect et en même temps, cela paraît être un signe de confiance. Certains amènent leur proche malade en consultant en parallèle, les guérisseurs, ou féticheurs.** Pour moi, la croyance joue un grand rôle, comme un effet placebo. Généralement, les malades développent ce que nous pouvons appeler le syncrétisme thérapeutique, ils viennent à l'hôpital, ils vont dans les églises, ils vont au traditionnel. Même lorsqu'ils sont hospitalisés, les parents viennent la nuit avec des amulettes, des potions en liquide ou en poudre, des bougies avec les objets de la croyance, pour exécuter les recommandations des consultations parallèles.

La thérapie traditionnelle rassemble deux pratiques, nous avons d'une part la pharmacopée, et la thérapie rituelle (sacrifier des poulets accompagnés de chants et danses). Là je ne peux pas dire, si c'est vrai, il faut que je le prouve, ou dire c'est faux, il faut que je le prouve ; je suis un chercheur et ça demeure une voie ouverte à explorer. Mais cela m'a poussé à prolonger mon rationalisme, pour dire qu'après la raison il y a quelque chose ».

Pour répondre à ces obstacles, certaines associations voient le jour notamment APROSAM (Association pour la Promotion de la Santé Mentale au Togo) et psy-Cause Togo. Elles œuvrent en faveur des sensibilisations sur toute l'étendue du territoire togolais, des consultations foraines et fournir les médicaments aux personnes nécessiteuses touchées par ces pathologies. Ces initiatives se heurtent à de nombreux obstacles à cause du manque de financement, manque d'approvisionnement des médicaments, se limitant seulement à quelques individus travaillant dans les services de psychiatrie (psychiatres, psychologues, masters en santé mentale, infirmiers, etc...). La question est d'autant plus difficile du fait de l'absence de politique en santé mentale.

Chapitre 2 : Notions d'empêchement et d'enfermement

Ce sont deux notions très connectées l'une à l'autre. L'une amène l'autre et vice versa. Ces concepts sont liés par la fonction de la « passivité », en ce sens que le sujet subit l'action, se retrouve dans une position défensive. Le sujet réagit plutôt que n'agisse. Les notions d'empêchement et d'enfermement psychique sont comme les deux faces d'une pièce de monnaie en psychopathologie. En même temps qu'elles peuvent paraître complémentaires, elles constituent l'expression manifeste ou latente du symptôme dans les conceptions psychanalytiques. Il s'agit d'un sentiment d'impuissance et de manque face à un besoin, tout comme un désir. Le symptôme, indice de rupture et de conflit intrapsychique, signe l'effondrement ou les blessures narcissiques responsables de l'empêchement et d'enfermement psychique. Dans les souffrances psychiques, l'apparition du symptôme nous semble –t-il, peut faire émerger l'angoisse liée à la perte ou à la séparation de l'objet. Selon Maïdi H. (2015), « *la fragilité ne diminue aucunement la valeur de l'objet. Au contraire, elle peut contribuer à la rehausser* »¹⁰. La peur du sujet se situe dans l'éloignement parce qu'il rencontre des obstacles. Ces derniers se dressent contre lui, en s'érigeant comme des barrages ou barrières. Cette tension psychique est le reflet de son désir pour l'objet.

La notion d'empêchement, peut-être sous-jacente à ce qui s'oppose à la réalisation de quelque chose, ce qui fait obstacle à quelque chose, ou ce qui entrave un projet. Il nous apparaît de ce fait légitime de penser que l'empêchement sonne comme une interruption prématurée d'une mission ou d'un mouvement. Et serait à cet effet, la suite d'un manquement ou d'une objection comme ça se dit en droit.

2.1. Notion d'empêchement

Sur le plan psychanalytique, empêcher comme le disait Assoun, P-L. (2013), « *c'est en première approximation, gêner ou embarrasser quelqu'un* ». Qu'est ce qui peut embarrasser au risque de créer chez le sujet la gêne ? Pour répondre à cette interrogation, il va falloir comme le disait l'auteur, « *consulter ce que le savoir de l'inconscient peut faire entendre..., au cœur même du désir* ». C'est pour dire le lien étroit entre désir et empêchement. L'homme étant un animal façonné et caractérisable par sa culture et sa tradition, il se trouve dans l'embarra vis-à-vis de certaines normes socioculturelles. Celles-ci peuvent le séparer ou l'éloigner de son objet de désir. Être dans la gêne peut signifier aussi, être empêché à faire

¹⁰ Maïdi_H. (2015), *Le féminin et ses images*, Approche clinique et psychopathologique, Armand Colin

quelque chose ou de se réaliser. Pour Assoun P-L., (2013) l'empêchement « *est de l'ordre de l'obstacle –physique ou moral – à la réalisation d'un projet ou à l'accès à un objet, mais cela touche essentiellement à la présence, à soi et à l'autre¹¹* ». Cela montre que le sujet non seulement est empêché dans son être, mais aussi dans son agir. Nous comprenons par « agir », les interactions subjectives et intersubjectives. Cela montre les limites quant à l'agir. Pour l'auteur « *l'homme empêché par excellence, c'est le prisonnier ou celui qui est pris en otage, dont les allées et venues sont limitées et dont le sort dépend de l'autre* ». L'empêchement touche l'homme dans sa dimension corporelle, émotionnelle et cognitive. Il ne peut pas simplement signifier faire entrave, mais fait barrage. Cet état de chose bloque le sujet dans sa quête de l'objet.

On pourra donc décrire l'empêchement sous deux angles : dans sa dimension réelle, il apparaît comme un obstacle, qui signifie difficulté, ou encore adversité. Sous l'angle symbolique, il s'agit des lois et normes sociales qui font barrage au sujet. A ces deux, nous pouvons ajouter un troisième angle, qui à notre avis est le plus embarrassant, c'est la dimension imaginaire, qui s'illustre bien dans le vécu. C'est-à-dire que les ressentis du sujet portent atteinte à son image, plus précisément à son identité individuelle et collective.

Nous appuyant des histoires de nos patients en clinique, nous notons que le processus d'empêchement commence toujours par un ralentissement ou une diminution de leur agir pour se parachever aux problèmes d'enfermement psychique et à l'altérité. C'est-à-dire que l'association des dimensions réelles et symboliques de l'empêchement induit des ressentis, provoquant ainsi la troisième dimension, constituée de d'imagination et de fantasmes. Les ressentis et les représentants, se transformant en sentiments d'obstacles (angoisses). Ces derniers provoquent au passage des tensions intrapsychiques (conflits). Pour parler de la subjectivité empêchée ou du moi empêché, Assoun P-L. (2013), évoque une trilogie¹², qui d'après lui, permet d'interpréter le « *vécu de l'empêchement* ». Il s'agit : « *...de l'inhibition, du symptôme et de l'angoisse* ». L'inhibition ne concerne que le Moi, ce dernier se voit bloqué de ses capacités qui le permettraient d'exécuter des actes ou d'agir normalement. Il y a une notion d'incapacités ou de limites du moi dans son fonctionnement. Le Moi soit parce qu'il est faible, soit parce qu'il est incapable, et donc impuissant face à la rupture et à l'éloignement avec l'objet.

¹¹ Assoun P-L., (2013), « La jouissance entravée. Psychanalyse du sujet empêché », Conférence n° 36, printemps, p. 51-74.

¹² Ibid

2.2. Notion d'enfermement

Quant au mot enfermement, c'est un concept extrêmement polysémique, du fait qu'il soit situé au centre, du normal et du pathologique, de l'histoire de la justice et de la criminalité, du savoir et du pouvoir, du corps social et des préjugés sociaux, des sentiments individuels et des sentiments collectifs, du regard aux perceptions en passant par des croyances, du vécu à la représentation, l'imaginaire et la réalité, l'interprétation et le mystique, le ressenti et l'inconnu ou l'inéprové, la singularité et la pluralité ou la multiplicité, de la symbolique et la réalité, le rationnel et l'irrationnel. Il peut s'observer chez l'être humain dans sa singularité, sa complexité, son style de vie, sa manière de penser, de faire (d'agir avec soi-même, son environnement physique, humain et animal), sa façon d'être, ses interactions. Hier comme aujourd'hui, la question d'enfermement est préoccupante tant sur l'atteinte de l'image de soi, sur la rupture des relations primordiales (besoins d'affiliation, être nécessaire à l'autre), ou comme moyen d'échapper à la souffrance, d'éviter l'échec, la frustration, cesser de ressentir ces émotions, et pensées douloureuses, la perte de l'identité sociale.

L'enfermement est un substantif qui est un type de mot déterminant une réalité. Il est utilisé pour décrire un comportement, une attitude, une contenance, une réaction ou encore une action. Le mot « enfermement », adverbe qui vient du verbe « enfermer », utilisé au 12^{ème} siècle (période de la renaissance), est dérivé du verbe « fermer » avec le préfixe « en », pour dire renfermer, cerner, emprisonner, contenir, isoler, interner, cacher, limiter, empêcher, détenir, confiner, enfouir, enclaver ou encore verrouiller ¹³selon le site du centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL). Et pour continuer, enfermer signifie mettre dans un lieu fermé (exemple, mettre dans un enclos le bétail) ou avec l'idée de faire violence à quelqu'un (en exemple : la prison), ou au sens figuré, mettre quelqu'un dans une situation, un rôle, dont il ne peut s'en sortir, ça peut aussi signifier se mettre volontairement dans un lieu fermé au monde extérieur. Il désigne aussi un sentiment ou une émotion qu'on peut tenir caché ou dissimuler pour contenir en soi (ne pas exprimer).

Selon le petit Larousse, 2004, « *S'enfermer signifie, s'isoler, se fermer, se maintenir avec obstination dans un état, une situation ou dans une attitude. Ça peut aussi signifier contenir en soi, se replier sur soi, taire ses sentiments et émotions...* ». Nous retenons dans cette définition, l'inexprimable, la rupture, l'isolement.

¹³ www.cnrtl.fr consulté le 30 Avril 2018 à 15h07

Depuis le moyen âge jusqu'au 20^{ème} siècle, le concept d'enfermement était une pratique immanente à la prison et à la psychiatrie. Il fallait séparer les bons citoyens, des mauvais qualifiés de déviants. Est considéré comme « *déviante* » toute personne dont le comportement, ou attitude s'écarte ou transgresse les règles et les lois communément admis (Chaurand N. et Brauer M., 2008).

Il existe beaucoup de travaux et de controverses, illustrés par des ouvrages, des articles, des recherches en thèse, consacrées soit à l'enfermement monastique, carcéral et psychiatrique. C'est l'exemple de Foucault, M. (1975), l'un des auteurs phare de l'enfermement¹⁴, a dénoncé l'action dévastatrice et déshumanisante des prisons et des asiles psychiatriques.

Combessie P., (2003), distingue quatre fonctions de l'enfermement notamment, fonction d'incitation à la coopération pré-sentencielle, de neutralisation, d'amendement et sacrificielle¹⁵.

Ces auteurs décrivent les conséquences et l'impact de la pratique d'enfermement dans une approche sociologique. Le point commun avec notre travail, c'est le lien avec les notions de désocialisation, de déshumanisation, de précarité ou encore de vulnérabilité psychique, qui apparaissent comme des témoins de l'empêchement.

L'enfermement partage le même champ que la prison intérieure, la rupture des liens sociaux, à l'isolement aux prises avec les blessures narcissiques. Ces processus entraînent la désubjectivation où une véritable difficulté de restauration de la subjectivité à partir de l'intersubjectivité à cause de l'absence d'interactions intra et inters psychiques. Il ne concerne pas que le corps dans les limites de l'espace ou du temps, mais l'individu dans sa totalité.

Hier comme aujourd'hui, l'enfermement, était et demeure la fille des normes sociales. Car ce sont elles qui dictent à l'homme ce qu'il doit faire ou pas, et jouent le rôle de contrôle social. Pour Duez B. (2005), « *la question de l'enfermement recoupe d'une part une question politique, une question de société et enfin une question de psychopathologie concernant le rapport du sujet à son propre enfermement*¹⁶ ». L'enfermement peut supposer un mécanisme de défense mis en place par le moi pour se mettre à l'abri des stimulations externes, ou internes, auxquelles il ne peut pas répondre ou satisfaire. Il résulte d'un clivage entre le corporel et le psychique, la tradition et la modernité, la science et le spirituel, l'individuel et le

¹⁴ Foucault, M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, coll. Bibliothèque des histoires.

¹⁵ Combessie P., (2003), *Les fonctions sociales de l'enfermement carcéral : constats, hypothèses, projets de recherche*. Sciences de l'Homme et Société. Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis, 2003. fftel-00464087

¹⁶ Duez, B. (2005). L'enfermement et les issues de l'indécidabilité. *Adolescence*, n° 54(4), 825-859. doi:10.3917/ado.054.0825.

collectif. Bref les complémentaires s'opposent en se désolidarisant, même les liens les plus anciens sont rompus.

Pour parler de l'empêchement ou de l'enfermement post hospitalisation au Togo, il nous paraît important de parler de l'expérience de la maladie, source d'importants changements.

2.3. L'expérience de la maladie

Un petit rappel sur la notion de la maladie : étymologiquement le terme maladie vient du latin « *male habitus* » signifiant qui est en mauvais état. Selon le dictionnaire de psychologie de Sillamy N. (2019), « *c'est une altération de la santé par suite de l'incapacité du corps à utiliser ses défenses organiques contre les agressions extérieures ou pour résoudre ses conflits psychologiques* ». A partir de cette définition, nous retenons le terme « *par suite de l'incapacité* », qui peut signifier qu'il y a une sorte de manque, d'incompétence, d'insuffisance ou de faiblesse pour permettre la continuité. « *Incapacité* » peut traduire des difficultés d'adaptation pour trouver l'équilibre fonctionnel. La maladie apparaît alors comme signe d'empêchement à l'harmonie interne et externe. Ce qui est incompatible avec la vie, la santé et qui fait souffrir est considérée comme maladie. Il peut s'agir d'une altération, d'une perturbation d'une fonction de l'organisme. Toute maladie quelle qu'elle soit a des répercussions tant sociales, psychiques, morales et spirituelles sur le sujet et/ou son entourage. Dans certaines cultures et sociétés en générale et celles du Togo en particulier, la maladie se loge dans l'une des trois considérations : comme une sanction, comme résultat d'une agression ou comme messenger.

En tant que sanction : la transgression d'une loi sociale et le dérèglement de l'environnement visible et invisible entraînent automatiquement la rupture d'équilibre antérieur. La maladie intervient alors comme une sanction à l'encontre de l'auteur de la perturbation. Plus le désordre est grand, plus grande sera la sanction. La maladie est vécue alors comme un châtiment. Il faut souligner que dans certains cas, on pense que le malade ne fait qu'expié une faute dont l'auteur est l'un de ses ascendants plus ou moins lointains. En exemple : Mme D. âgée de 49 ans souffre de dépression psychotique. A la question « *que pensez-vous de votre maladie ?* », Après quelques hésitations, elle finit par répondre, laissant apparaître les signes d'angoisse (sueur sur le front, évitement du regard, tremblement de la voix et parfois inaudible) : « *tognè tozo miabé vodou* », pour dire « *mon père a brulé le fétiche* », d'après son interprétation, c'est ce fétiche qui l'empêche d'être épanouie ; la dépression apparaît ici comme la sanction. Pourquoi c'est elle et non personne d'autre, elle

justifie cela par sa relation très privilégiée avec son père, ce dernier l'aimait plus que tout, étant mort c'est elle qui encaisse les coups. En réalité, le fétiche jouait le rôle de contenant psychique, car il apportait le sentiment de sécurité, de confiance. C'est le socle en termes de ressources psychiques. En brûlant celui-ci, le lien est rompu, et le sujet serait en proie de toute attaque.

En tant que résultat d'une agression par autrui : le sujet est dans ce cas victime de personnes jalouses, envieuses. Il est la cible des attaques par le biais de la sorcellerie, d'envoutement (jet de mauvais sort). En effet les esprits malfaisants de la nature peuvent être disciplinés et utilisés par des hommes à des fins personnelles. Ceci est la spécialité du sorcier, cet homme méchant, aux connaissances occultes ; il est le jeteur de sort. Il rend malade par envoutement et peut manger l'âme de ses victimes et provoquer la mort. En exemple : Mr T, âgé de 32 ans, croit que sa Tante l'a envouté, en effet il souffre d'un syndrome dépressif, sur fond de deuil et de dispute avec sa tante à propos de l'endroit choisi pour enterrer son père décédé. Il décrit celle-ci comme étant autoritaire et sans cœur. Elle est adepte d'une secte avec des pratiques mystérieuses et occultes. Au cours du conflit, elle lui aurait menacé avec des propos qu'il qualifie d'« *anormal* ». Il refuse d'ailleurs de les répéter, « *je ne peux pas et surtout je ne veux pas répéter les paroles de cette sorcière...* ». Il marqua une pause avant de poursuivre, « elle a marmonné quelques incantations dont personne ne sait la signification, elle m'a fixé en me menaçant « *éwoéé, Oo djéssimaa ? Oo djéssimaa ? Oo djéssim...maa ?* » pour traduire littéralement « *Et toi, tu me connais ?* ». C'est une formule d'intimidation, d'agressivité verbale, dans le but de faire peur et dominer l'adversaire, ou de prendre de l'ascendance. Elle cherche à dominer mentalement son neveu. C'est une formulation qui est prise au sérieux, elle sème le doute dans le comportement et les pensées. Cela peut empêcher et maintenir le sujet en état d'alerte, de rumination des pensées négatives comme par exemple, des sensations de mal être, de remord, de peur, de dévalorisation, de culpabilité, d'inquiétude, de doute extrême. La victime perd confiance en elle, se sentira inquiète, avec apparition d'un sentiment d'insécurité et d'impuissance. On peut qualifier cette angoisse de castratrice, vue la peur qui envahi le sujet, de perdre son seul objet de puissance, de force, représenté par le phallus. Mr T, nous dira « *je me sentais, diminué et privé de quelque chose, peut-être de ma masculinité, comme si « gnimi gnii nousso* » c'est-à-dire « **je ne suis plus un homme** ». Il déclare avoir une tension interne, être tiraillé par une sensation bizarre (certainement une anxiété) ; et « *je m'en voulais, mais pourquoi ; je l'ignore, je me mettais en colère sans raison, et je pouvais ressentir la peur, la colère, la honte, simultanément* ». La dégradation de

l'état de santé de Mr T, semble liée aux propos menaçant de sa tante. Cela corrobore les hypothèses d'un guérisseur, que nous avons rencontré il y a deux ans, pour qui : *« le sorcier pour atteindre sa victime, procède par des techniques précises. Parmi celles-ci, il y a la manipulation, investir le lien pour s'en servir plus tard, le chantage et quelques fois recourt aux menaces, à l'agressivité verbale. Le sorcier ne cherche pas à tuer mais plutôt à dominer. Il cherche à être craint. Son ultime but, c'est faire peur. Or la peur peut faire perdre à un Homme tous ses moyens de défenses. Une personne effrayée, est victime de sa propre inaction, se laisse facilement aller, son esprit est bloqué dans son corps »*. Mr T nous confia à voix basse, malgré qu'il soit seul avec nous dans le bureau, *« j'ai fait un cauchemar qui a précédé la survenue brusque de ma maladie..., en effet, je me trouvais ligoté à un arbre, tandis que je me débattais pour me libérer, surgit brusquement une personne vêtue de noir, ne laissant rien voir, mais sa voix ressemblait à celle d'une femme ; cette personne tentait de couper mon sexe. Heureusement, je me suis réveillé en sursaut sans connaître l'issue, mais malheureusement, j'avais fait pipi au lit. Je n'ai plus réussi à m'endormir, c'était autour de 3 heures du matin, j'ai ressenti une sorte de choc électrique dans le corps, suivi de l'apparition des maux de tête, impression et sensation que les fourmis marchent dans mon corps »*. Selon donc le contexte et la situation, la maladie est appréhendée comme une agression, une attaque maléfique venant de l'extérieur et ayant pour cible le corps de la victime.

Enfin, **en tant que messager, comme dans une élection**, l'élu est le choix de l'être suprême (comme Jésus par Dieu), des intermédiaires ou génies. La maladie exprimerait le refus de l'élu à assumer sa responsabilité. Il est ainsi en contradiction avec les esprits qui l'ont choisi et sera donc sous la méprise de ceux-ci. Les manifestations pathologiques dans ce cas prennent la forme d'un syndrome psychotique ou de toute autre pathologie psychique sévère. Le génie rend fou celui qu'il a choisi comme son porte-parole, son prêtre et qui refuse de se plier à sa volonté. En exemple d'un patient reçu en 2012, pour syndrome hallucinatoire, pour qui les parents refusaient qu'il soit hospitalisé. Ils l'ont conduit à l'hôpital parce qu'ils croyaient que ce dernier souffrait d'une pathologie neurologique. D'après leur interprétation, c'est le refus à pratiquer les cultes « vodou », qui l'a rendu malade. Les voix et les images qu'il entend ou/et voit ne sont rien d'autre que l'œuvre du fétiche « vodou ». Il les suffira de faire des rituels de demande de pardon et procéder à son initiation pour que les symptômes disparaissent. Mais pour cela il faudra que leur fils leur fasse confiance en l'acceptant.

A la suite de ce constat à propos des perceptions concernant la maladie, il nous semble important d'évoquer les répercussions et impacts sur le devenir du sujet et /ou son entourage.

Toute maladie quelle qu'elle soit, est angoissante et entraîne parfois le clivage. Le sujet est touché non seulement dans son intimité, sa subjectivité, mais aussi pense aussi que la maladie risque de mettre en cause son identité individuelle comme celle sociale en particulier les interactions. C'est d'ailleurs, l'une des sources responsables des ressentis comme le sentiment d'impuissance, d'insécurité, de manque ou de vide et d'incomplétude qui envahissent le sujet. La victime et/ou son entourage à travers la maladie, perçoivent la menace. Celle-ci n'est pas seulement liée au présent, mais fait resurgir celles du passé. Ce qui provoque au passage des ressentis négatifs partagés entre le patient et son entourage. Les problèmes de santé remettent le plus souvent en cause le sujet dans sa dimension individuelle et socioculturelle. Il arrive que le patient soit tenu pour responsable, à cause des supposés transgressions. Dans ce cas le patient se retrouve seul face à ce qui l'arrive. Dans cette situation, le passé, présent et future cohabitent dans la trajectoire de la maladie du sujet. L'état de santé n'est plus seulement lié à son présent mais aussi de tout ce qu'il traîne de son passé.

Dans la maladie, le symptôme (dont nous en parlerons plus tard) ne se limite pas seulement à ce que dit ou fait le patient. Certains symptômes semblent pour patients indicibles et incommunicables.

L'expérience de la maladie est construite consciemment ou inconsciemment par le patient au regard de sa rencontre avec la souffrance. Elle dépend donc du vécu subjectif et singulier, des ressentis et affects issus des interprétations socioculturelles de la maladie. L'expérience de la maladie peut devenir un fardeau. Car existence en permanence des tensions intra ou inters psychiques. Il vit au ralenti et tourne en rond sans issue. Le sentiment de perte ou de manque, naît dès le moment où le sujet prend conscience, pas seulement des conséquences des gênes et difficultés mais aussi du non-retour à l'état antérieur malgré les soins. Il est souvent remarqué que les troubles psychiques plongent parfois les patients dans une sorte de trou ou bulle, qui entraîne chez ceux-ci la difficulté à se repositionner dans la vie active, subjectivement comme socialement, professionnellement comme spirituellement. La maladie touche le plus souvent à l'intégrité morale, physique et psychique. Il arrive que la souffrance psychique entraîne le « *suicide social* ». Il s'agit d'un retournement de l'individu contre lui-même, en s'attaquant à ses objets de désir. Ce dernier est soit étouffé ou tué, détruit, ou empêché. Le franchissement ici est interne, c'est-à-dire ne touche que l'individu en l'enveloppant dans une spirale marquée de désolation, d'isolement, de tension et de rupture avec les autres. Cela peut entraîner par la suite une dégradation dans les interactions sociales, des considérations invalidantes avec pour première conséquence le rejet ou l'exclusion sociale.

L'expérience de la maladie renvoie au vécu de celle-ci. Elle concerne le rapport du sujet avec lui-même, les interactions intrapsychiques et inter psychiques. C'est aussi le sens que donne le porteur du symptôme.

Elle peut provoquer une perturbation, une désorganisation qui touche essentiellement le narcissisme du sujet, le champ visuel psychique. L'investissement libidinal narcissique reste non spécularisable¹⁷, soit parce que l'objet est perdu, soit non identifiable. Le sujet désire par tous les moyens possibles investir narcissiquement l'objet.

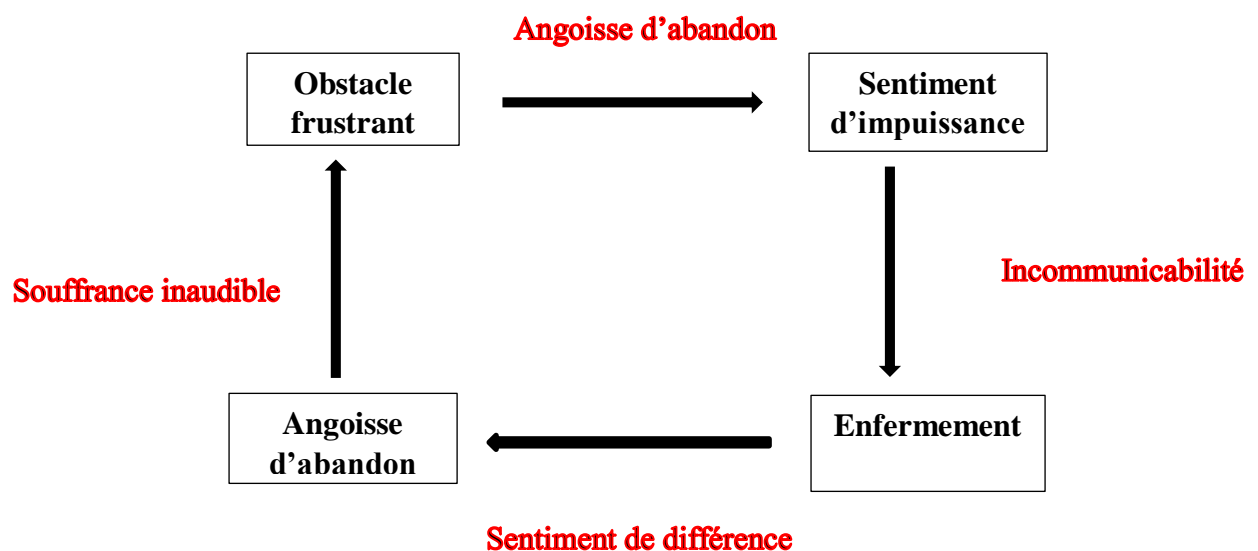
Pour l'entourage, l'expérience de la maladie peut être déstabilisante. Le trouble à travers les symptômes entraîne un éloignement, une rupture avec le passé. Il y a une cassure qui va nuire considérablement aux interactions et porter atteinte à l'intégrité sociale, morale et psychique. La maladie va entraîner une sorte de dispersion, de clivage social. Sans oublier la douleur qu'elle inflige, face à l'impuissance d'aider le patient en souffrance. D'abord la maladie affecte les interactions, la qualité des relations (on perd un confident, un ami.). Les relations ne sont plus équilibrées. Le sujet patient devient un poids sur tous les plans (émotionnel, affectif, psychique, comme physique, économique) pour son entourage. Malheureusement on associe très facilement des idées reçues sur les maladies mentales (des considérations négatives telles que les patients sont dangereux, ce sont des délinquants, des criminels ou encore des sorciers). L'absence du symptôme ne signifie pas la guérison ou le retour à l'état antérieur, la maladie a laissé des traces indélébiles. Le sujet est perturbé dans sa subjectivité. Sa qualité de vie dépend de sa subjectivation à partir de l'expérience de sa maladie. La maladie « symptôme » devient alors un « empêchement » freinant ainsi l'homme dans sa quête du bonheur, car quelque chose le manque. Il développe une sorte de « *cécité mentale* ¹⁸ ». La maladie signerait l'expression d'un conflit entre les pulsions de mort qui tentent d'éteindre l'énergie libidinale qui caractérise les pulsions de vie. Ce conflit est un empêchement à la continuité du maintien de la stabilité des fonctions vitales. La maladie « symptôme » peut traduire alors une lutte pour se maintenir en vie, pour faire face à l'empêchement, au blocage et à la saturation. L'énergie libidinale est enveloppée et étouffée par les pulsions de mort. C'est le cri de détresse face aux pulsions de mort qui tentent de rendre le corps inactif, de le pousser à la rétraction. Elle peut aussi exprimer la réponse du corps demandant de l'aide, de l'assistance. C'est une forme de recours après échec.

¹⁷ Lacan J. cité par Diatkine, G. (2005). Le Séminaire, X : L'angoisse de Jacques Lacan. *Revue française de psychanalyse*, vol. 69(3), 917-931. doi:10.3917/rfp.693.0917.

¹⁸ Lacan J. (1962), Séminaire X, sur l'angoisse,

S'il est vrai que l'expérience de la maladie laisse des empreintes indélébiles et douloureuses, il n'en demeure pas moins que cette expérience peut être enrichissante. Le patient grâce à la maladie se découvre d'avantage, et peut davantage réajuster son estime-soi. Elle peut l'aider à s'approprier et reconstruire sa vie, sa personnalité, savoir qui il est vraiment. La maladie dans ce cas devient « message », l'alerte ou signal d'alarme pour informer le sujet d'éventuels dysfonctionnements, d'empêchements physiques et psychiques, de blocage ou éventuellement de déviation qui court-circuite la stabilité et l'harmonie de la vitalité. A ce propos, Canguilhem G. (1943), médecin et philosophe de formation, disait que la maladie n'est pas seulement déséquilibre ou dysharmonie, mais et surtout effort de la nature en l'homme pour obtenir un nouvel équilibre. Il s'agit d'un élan de recherche de compromis de « *normalité* ».

En résumé, à ce que nous venons de décrire, nous nous référons au schéma ¹⁹de Grinschpoun, M-F. (2019).



En synthèse, la maladie est vécue, même représentée comme un obstacle frustrant. Plus, celui-ci dure, qu'il crée des tensions internes (l'angoisse d'abandon). Ce qui entraîne le sentiment d'impuissance. Le moi, assailli de toute part, est inhibé, impliquant une impossibilité de communiquer avec soi et les autres (incommunicabilité). Malgré les bons traitements médicaux reçus, et surtout de la bonne évolution clinique, le moi continue sa déchéance dans l'enfermement, car le sujet éprouve un sentiment de différence. Parfois celui-ci est soutenu par le regard de l'autre qui bloque le sujet malgré la nécessité d'émancipation. Ce qui va se

¹⁹ Grinschpoun, M-F. (2019). *L'inhibition, un agir empêché*, 3^{ème} édition (p 33)

traduire par un acheminement vers l'angoisse d'abandon mais cette fois-ci beaucoup plus poussé. Cela rend la souffrance inaudible, ramenant ainsi le sujet à la phase d'obstacle frustrant.

Pendant nos interactions avec les patients en entretien clinique, nous constatons certaines appréhensions qui nous font penser à une réaction de peur de devenir malade, ou à une volonté de devenir malade plutôt qu'être touché par la « *maladie* ». Qu'en est-il exactement ?

2.4. La peur de « devenir malade »

Ce couple de mots s'est illustré très fréquemment au cours de nos pratiques en clinique. La maladie représente ce qu'il y a de plus redoutable pour l'être humain. Devenir malade, rime avec devenir « *fou* », « *déjanté* », « *kpanzo* » ou encore « *adava* ». La peur traduit, les perceptions négatives qui menacent l'effondrement identitaire du sujet. La maladie, non seulement, elle est vécue comme une violence, une agression à l'intégrité physique comme psychique, mais apparaît comme menace à l'anéantissement identitaire. La maladie mentale est considérée comme une déchéance, une sorte de déshumanisation, et le sort réservé à la victime serait l'enfermement. Le sujet est conscient qu'il risque de ne plus être le même, associé à la peur d'être rejeté, exclu voir être abandonné. Tout porte à croire que l'acceptation de « devenir malade » marque la fin de la résistance, c'est comme s'avouer vaincu. C'est comme un renoncement à soi et aux autres. Cette peur est sous-jacente à l'existence d'une angoisse d'abandon. Cette peur est inhérente au sentiment de ne plus s'appartenir, être la proie des actions des autres ou être la proie de ses pulsions.

Hier confronté aux symptômes et aujourd'hui aux pensées, aux symboles liées à la perception de la maladie, le patient est submergé par une vague de peurs. Il s'agit de la peur de l'inconnu, de devenir autre, de tout perdre, d'être abandonné ou oublié. Face aux vagues de ressentis, à de réelles difficultés ou imaginaires, le patient perd de plus en plus confiance en lui. Il commence à douter de lui-même et croit ne plus être à la hauteur et de devenir dépendant. La peur de perdre sa toute-puissance et de devenir une charge semblent impliquer un sentiment de dévalorisation... Bref la maladie porte atteinte à l'image de soi, au rétrécissement narcissique. Difficile de ne pas avoir peur face à l'imagination et aux pensées d'un cataclysme psychique. Tout comme dans les pathologies organiques chroniques, la peur de mourir, masque plutôt la peur de ne plus exister socialement (mort sociale) et de désobjectivation. A cela nous pouvons ajouter la longue liste des préjugés sociaux. Le patient anticipe négativement ce que deviendra sa vie s'il devenait malade. Il sait que la maladie pourra

induire beaucoup de changements, lesquels sont insupportables et insurmontables. Être dégradé, ne plus savoir qui on est, être infantilisé, ne plus avoir ni de responsabilité, ni de vie privée suite à la maladie s'avère très angoissant et destructeur pour les patients.

La maladie à bien des cas, fait écho à une implosion et ou à un englobement. Dans le premier cas, la maladie génère des ressentis de « vide », d'une angoisse de manque. Dans l'implosion, c'est la peur de ne pas pouvoir combler le vide causé par l'affection. Pour le sujet, l'image d'un vide ou d'un manque revient constamment à sa conscience. Il est continuellement dans un vacillement entre le manque et la recherche sans succès d'objet de manque. La réalité paraît être trop implosive, du moment où elle provoque des ressentis comme une menace terrible. Dans le cas d'englobement, c'est cette peur d'être absorbé par autrui et perdre son espace psychique. Le sujet se sent menacer de perdre son identité, d'être envahi par autrui, d'être étouffé. La réalité devient alors angoissante.

Être porteur de symptômes réactualise, les angoisses liées aux représentations, aux images dégradantes, aux fantasmes à propos des troubles psychiques. Ces dernières perçues comme une condamnation, un jet de mauvais sort, ou encore une malédiction, prennent forme à des pensées ou ressentis qui empêcheront le sujet porteur de se reconstruire. Il se sent automatiquement exclu ou sacrifié. La menace n'est plus qu'externe, mais aussi interne, car il lutte contre lui-même. Il est partagé entre le sentiment d'injustice et celui de culpabilité. Cela annihile les possibilités de reconstruction identitaire. Le sujet semble être réduit au néant, à l'immobilisme, et aux tendances d'anéantissement. Le sujet n'arrive pas à se résoudre face aux poussées pulsionnelles qui s'opposent, à un conflit qui devient permanent. Les réactions défensives se rigidifient de plus en plus. La notion du temps et de l'espace, semble plus que jamais bouleversé. L'horizon quotidien du sujet s'obscurcit, sa vie est au ralenti. Il lui manque toujours quelque chose. Ce qui fait plus peur dans la maladie, c'est tout ce que l'on ne connaît pas, l'incertitude. C'est elle qui réduit l'horizon de vie du sujet. Tout paraît devenir incertain, comment penser l'impensable, dire l'indicible, accepter l'inacceptable, ou encore concevoir l'inconcevable²⁰. Le sujet a peur d'être soumis sans cesse à l'interrogatoire. A l'idée de penser à la maladie, engendre des émotions et des sentiments qui renvoient à tout ce qu'il y a de pire, donc destructible. Tous ces ressentis, traduisent la mise en alerte l'appareil psychique, lequel peinera à retrouver l'harmonie. Cette peur est maintenue par les croyances et perceptions vis-à-vis de la maladie. Ce qui fait peur à l'idée de devenir malade, c'est l'anticipation de la réduction du bien-être, qui sera marquée par l'instabilité des relations interpersonnelles,

²⁰ Grinschpoun M-F. (2019), *L'inhibition/un agir empêché*, 3^{ème} édition

l'imagination de la détérioration de l'image de soi. Bref la peur de devenir quelqu'un d'autre reste très angoissante. L'angoisse, ici, fait part, à l'anticipation du sujet d'un éventuel effondrement de l'image de soi. La maladie n'est pas qu'une réalité qui déconstruit cette image de soi, mais elle est l'objet même de déstructuration identitaire. C'est épuisant d'être permanemment en lutte contre les sentiments internes. La maladie fait penser, à la perte des repères, à la réduction des ressources psychiques, et sociales.

La peur de devenir malade s'inscrit dans l'identification projective de l'image de soi pétrifiée, c'est-à-dire transformé en cailloux, complètement déconnecté de la réalité. Être réduit seulement à un objet dont l'existence ne se résume qu'à la satisfaction de quelques besoins biologique. Penser aux troubles psychiques, peut faire ressurgir à la conscience, des images de terreur, des sentiments de dépersonnalisation, et l'angoisse de solitude. La maladie engendre une sorte d'insécurité fondamentale.

La peur, dans certains cas est normale, du moment où elle déclenche en réalité, des réactions propices à la transition et à la reconstruction. Elle permet au sujet de prendre conscience du changement, de transformer ses peurs en atouts, sa colère et rage en contrariété, son anxiété plutôt en inquiétude, sa honte en regret, la culpabilité en remords.

Etonnamment, nous avons perçu un désir d'être considéré comme malade chez certains sujets, et nous nous posions la question « **pourquoi** ». Pour ceux-là, être considéré comme « *malade* » et de surcroît « mentaux » ou « *adava* », comme ils aimaient le dire, leurs exemptaient de beaucoup de chose. Cette acceptation, traduit plutôt une fuite, face à leur responsabilité, face à la culpabilité qu'ils éprouveraient face à la réalité. Il s'agit bien là, des bénéfiques secondaires qui sous-tendent leur réaction. Ceci dit, la maladie apparait, comme libératrice et libéralisatrice. Le sujet se sentait, coincé, restreint dans son environnement social, à cause éventuellement des contraintes inhérentes aux normes sociales.

Pour d'autres encore, le fait que le trouble psychique soit considéré comme une maladie, soulage, ils savent qu'ils souffrent du moins de quelque chose scientifiquement reconnu. Cela épargne d'éventuelles suspicions d'être victime d'un envoutement, de jet de mauvais sort, ou encore d'ensorcellement. Cela fait référence aux représentations socioculturelles des pathologies psychiques.

2.4. Empêchement comme symptôme

Nous souhaitons commencer cette partie par la définition du concept « symptôme ». Selon le dictionnaire de la psychanalyse, (1995), le symptôme est un « *phénomène subjectif qui, constitue non le signe d'une maladie mais l'expression d'un conflit inconscient* ».

Pour Freud S. (1926), le symptôme est l'expression des passions, des sentiments, des idées par des gestes et attitudes sans appui de la parole. « *Le symptôme est en fait pantomime du désir inconscient, expression du refoulé* ». C'est le signe d'un désir insupportable, mais bien ancré comme le disait l'auteur. Dans cette définition freudienne, il apparaît donc clairement que le « symptôme » traduise la réalisation d'un fantasme inconscient servant à accomplir un désir. C'est donc le retour de la satisfaction d'un désir refoulé, que Freud considère comme formation d'un compromis, qui fera l'objet d'insistance chez les post-freudiens, comme Lacan J.

Lacan J., (1958), disait que le « *symptôme va dans le sens d'un désir de reconnaissance, mais ce désir reste exclu, c'est-à-dire refoulé* ». Pour expliquer le « symptôme », Freud et Lacan utilisent la notion de « désir ». Que désigne ce concept ? Quelle est sa source ?

Le désir, c'est un état ou une situation qui procure du plaisir. A ce propos, Platon disait que c'est : « *ce que l'on n'a pas, ce que l'on n'est pas, ce dont on manque* ». Il implique donc une attente qui doit être satisfaite. En dehors bien entendu de la marque de manque dans le désir, il y a simultanément la dimension d'un projet, d'une quête et d'une recherche. Or dans la nature humaine, la satisfaction est indéniablement au centre de toutes les actions. Même les actes les plus banals, ont pour finalité, le plaisir. Le désir conduit par conséquent à la recherche de l'objet considéré comme étant source de plaisir et du bien-être. Malheureusement dans la quête de l'objet ou sujet de satisfaction, le désir rencontre certains aléas et événements de la réalité du monde extérieur. Le Moi, fonction inhibitrice va empêcher à atteindre le plaisir, soit parce que l'objet est interdit, donc la moindre satisfaction provoquerait plus tard le déplaisir. Le désir va donc être refoulé, ou va se traduire en fantasmes ou encore transformer l'objet de satisfaction en images mnésiques. Le désir est lié à l'activité psychique, par le biais du pôle économique qui contrôle les dépenses et d'investissements dans le but d'obtenir le plaisir à travers la satisfaction. Le Moi en cherchant à éviter à tout prix le « déplaisir », va annihiler l'énergie d'investissement psychique. Il est aussi difficile de décrire ou d'expliquer le désir par le langage conscient, il va emprunter la voie de l'inconscient et pourra s'exprimer à travers les sentiments de souffrance et de frustration. Plus l'intensité d'énergie bloquée par le

Moi est élevée, il y'aura un « symptôme ». Ce sont donc les désirs refoulés ou leurs rejets qui se révèlent à travers les symptômes. L'empêchement ou le blocage dans la réalisation d'une action ou situation, va emprunter la voie du symptôme pour s'exprimer. L'économie de l'énergie pulsionnelle entraîne la souffrance donc le « symptôme ».

Chabert C. et Verdon B., en 2016, (p14), reprenant l'étymologie du mot symptôme en grec « *ptoma* » pour signifier la « chute », la « panne », c'est un signe lié à un état, ou une évolution, et le plus souvent pathologique. La chute peut être comprise sous l'angle d'effondrement, de perte, de discontinuité non voulue. Elle stopperait la dynamique dans l'investissement psychique. La « panne » signe la rupture, l'interruption et donc empêcherait la continuité en entraînant un dysfonctionnement psychique et/ou physiologique. Comme « panne », il traduit un manque, par exemple pour une voiture qui s'arrête par défaut de carburant. Le « symptôme » est alors ce qui empêche la victime à avancer, à trouver son objet ou sujet de satisfaction.

Il paraît donc juste de dire que le « symptôme » est le représentant du désir exclu ou rejeté. C'est parce que le désir est bloqué dans son élan vers la satisfaction. L'empêchement provoque une tension psychique interne et surtout en fonction de son intensité, va se traduire en symptôme. Il apparaît clair dans cette démarche que le « symptôme » prend la valeur fonctionnelle. Le sujet est stoppé dans son élan par la symbolique que prend le « symptôme » du réel. Pour paraphraser Chabert C. et Verdon B., les symptômes sont sources de souffrance de par leur dimension compulsive et inhibitrice, et mettraient à mal les relations du sujet aux autres, surtout l'empêche d'avoir le plaisir. Il est la zone d'ombre qui fait tache à la dynamique psychique. Difficile pour le sujet de pouvoir élaborer de nouvelles stratégies pour s'investir ou rétablir les liens et interactions en les reconnectant harmonieusement. Le symptôme traduit l'incapacité du sujet à réorganiser sa vie, à trouver une nouvelle harmonie psychique au-delà du conflit.

2.5. De l'empêchement à l'enfermement psychique

Comme nous venons de le voir, l'empêchement qui veut dire « symptôme », se traduit chez le sujet par des attitudes ou des réactions que nous qualifions d'enfermant. La plupart de celles-ci constitue la conséquence directe du blocage, de l'immobilisme ou encore d'obstacles qui perturbent de façon significative l'harmonie et le bien-être du sujet. Nous entendons par attitudes et réactions, l'ensemble des manifestations corporelles, émotionnelles et cognitives. Les perturbations s'expriment à travers le corps, carrefour de toutes les connexions physiques

et psychiques, à travers émotions avec une sorte d'isolation ou d'annihilation des affects, avec des réactions disproportionnées ou malsaines. Le fonctionnement cognitif est paralysé par la recrudescence des idées ou pensées toxiques. L'image de soi est complètement angoissante, car non seulement elle est désorganisée et dégradée mais aussi déstabilisante.

Il n'est pas question ici de démontrer les liens que partagent le corps, l'émotion et les fonctions cognitives, mais il s'agit de décrire les formes d'enfermement psychique dont ils peuvent faire objet. Les fonctions corporelles, émotionnelles et cognitives sont inséparables, connectées les unes aux autres, et interdépendantes. Ces trois entités constituent l'essence même du psychisme qui forme un tout et non la somme des fonctions. Malheureusement, la vie n'étant pas un fleuve d'eau tranquille comme le dit un adage, l'harmonie et la stabilité sont perpétuellement remises en cause par des événements de la vie quotidienne. L'homme étant un être dynamique mais en perpétuel changement, est confronté aux événements liés à son passé, à son présent et entravant ses perspectives d'avenir.

2.5.1. Enfermement ou empêchement corporel

« *Tout ce qui est psychique se développe en constance référence à l'expérience corporelle* » (Freud), pour parler de différentes constructions au regard des interactions. L'identité et la personnalité sont une construction. Le corps est un organe mis en avant dans les interactions et l'intersubjectivité.

Dans les cultures et sociétés togolaises, le corps est considéré comme étant le siège de toute transmission et de transformation. Même après la mort, il existe au tant de rituels. D'après les croyances le « corps » détient le secret du lien. La plupart des rituels sont fait dans le but de valoriser le corps c'est d'ailleurs ce qui explique qu'il soit mis au-devant de tous les rituels.

Le corps est délimité à sa surface par la peau, qui est avant tout une enveloppe protectrice et d'échange, c'est « *un tout unificateur* » selon. Anzieu D (1985), dont peuvent provenir simultanément des perceptions externes et internes (Freud). Le corps par sa fonction de contenance a une incidence, sur « *l'estime de soi* » et sur le sentiment d'exister. Il est au premier plan dans les interactions (assure l'identité dans l'établissement des relations avec soi-même et avec l'environnement). La qualité de l'image du corps détermine la force du moi à s'affirmer mais reste liée à l'histoire personnelle. Les soins apportés au corps depuis la naissance et aux autres phases de la vie, montrent en partie que le moi est corporel. Le corps a d'ailleurs des traitements et considérations très particuliers, même mort les fantasmes à

propos du corps sont maintenus. L'image du corps est façonnée par l'histoire, les expériences, les perceptions, les émotions et les souvenirs.

Etant le « carrefour », où se rencontre le somatique et le psychique, où se cristallisent les affects et leur représentant, le corps se retrouve débordé. Dans les souffrances psychiques, ce qui altère l'image du corps semble provenir des effets des médicaments. Il peut s'agir des prises de poids, développement des tics. Ainsi la maladie a impliqué de grands bouleversements, on assiste à une dysharmonie ou dérégulation à l'intérieur comme à l'extérieur du corps.

Nous qualifions d'enfermement corporel, ce manque d'interactions, d'une part entre le soma et le psychique, et d'autre part entre le sujet et son environnement. Il se traduit par un refus inconscient qui empêche le développement harmonieux de l'individu dans son environnement. C'est une forme d'évitement de déplaisir, un désinvestissement. Le corps est ainsi déconnecté de toute réalité extérieure. Cet enfermement prend en compte l'altération somatique, souffrance du corps. L'enveloppe corporelle se remplit de tension et de conflits intra et inters psychiques. Le corps est complètement désinvesti de l'enveloppe psychique. Le soma et le psychique ne s'obéissent plus, l'un prend en otage l'autre dans une transformation en conversion symptomatologique. Le soma fait blocage et barrage au processus psychique en l'empêchant de circuler, de s'exprimer librement. Le premier est pris dans un tourbillon de tension rendant le corps rigide, imperméable et insensible à tout. Selon que le malaise est profond, il apparaît une sorte de dissociation, de morcellement ayant pour conséquence la dépersonnalisation. En exemple : « *ce que vous voyez là, ce n'est pas moi, c'est une carapace* », comme nous le disait un patient, pour parler de lui.

Difficulté pour le Moi de se projeter à la surface de la surface interne. Dans l'enfermement corporel, il y a la défaillance de mentalisation du conflit psychique (expression d'exigences internes inconciliables, telle que l'antagonisme des pulsions, opposition entre désirs et représentations). Le sujet se dissimule dans son corps, s'emmuraille dedans pour s'y réfugier. Le corps peut devenir ainsi un asile où il pourra s'isoler ou se terrer dans ses entrailles. Ou au contraire les enveloppes corporelles sont trop poreuses, et fragiles, le sujet ne se sent plus protégé, et se met place, un processus d'évitement. Il semble y avoir une multiplication des émotions refoulées créant au passage soit des problèmes psychosomatiques (problèmes dermatologiques, gastriques, cardiologiques, neurologiques, métaboliques, céphalées psychogènes...) ou un syndrome de conversion.

L'enfermement corporel peut aussi se manifester à travers une sorte de crispation ou raideur du corps, les mâchoires qui se resserrent, les épaules deviennent très contractées, par un manque de souplesse musculaire.

Voici un exemple pour illustrer nos propos : Mr NK, âgé de 43 ans a été référé par un médecin neurologue pour syndrome dépressif. Plus nous avançons dans l'entretien, que nous découvrons que son itinéraire thérapeutique très chargé. Il avait consulté dans plusieurs services médicaux avant d'être référé dans notre service. Sa première consultation remonte à six mois dans le service de dermatologie pour l'apparition des papules et démangeaisons sur la peau (d'après le résumé lu dans son dossier médical, il souffrait de Lichen Plan). Il consultera quatre semaines plus tard en cardiologie pour palpitations, tachycardie ; s'en suivront les services de médecine interne et hépato-gastro-entérologie pour une fièvre sur fond de paludisme, et pour sensation de boule dans le ventre, constipation et difficulté d'aller à la selle. Le dernier service fut celui de la neurologie où il sera hospitalisé pendant 72 heures pour des céphalées atroces mais mobiles, sensation de fourmillements et de brûlures dans le dos. Une semaine plus tard, il est réadmis toujours en Neuro avec presque le même tableau clinique, il signale une paralysie des membres inférieurs, côté gauche, surtout la jambe. Les bilans et examens réalisés sont normaux et n'indiquent aucun dysfonctionnement. Les médecins lui prescriront un antidépresseur avant de lui rediriger vers nous. Au premier rendez-vous, nous remarquons que sa tenue est peu soignée (chemise froissée avec quelques tâches jaune probablement de la sauce), la barbe mal entretenue et s'appuie à l'aide d'une canne. Il était accompagné de sa sœur et son fils aîné. Il nous avoue avoir longtemps hésité et même refusé avant d'accepter venir nous voir, « *je ne suis ni fou, ni dérangé mentalement* » nous dira-t-il. A l'issue de deux entretiens, nous relevons en dehors des signes somatiques cités ci-dessus, qu'il y a d'autres symptômes notamment, difficultés d'endormissement à l'éveil, prise de poids, envie d'ingurgiter toujours quelque chose, fait des cauchemars (il est toujours poursuivi par des animaux, des vaches ou brebis qui le menacent avec leurs dents) à contenu persécutif, qu'il va essayer d'éviter en provoquant l'insomnie d'éveil autour de 4h. La maladie est survenue de façon insidieuse six semaines après le décès de sa première épouse suite à un AVC hémorragique. Il avait eu une dispute avec celle-ci la veille de sa mort. Durant l'entretien, le patient adopte des positions comme tenir sa tête entre ses mains, avec régulièrement de longs soupîres et exprime des sentiments de culpabilité. Au début de l'entretien, il était sur la défensive et nerveux, avant d'être collaboratif et très loquace. Il finit même par nous demander : « *j'ai l'impression que tout est bloqué dans mon corps et qu'il m'a*

pris en otage. Mon corps ne permet plus à ma souffrance de sortir, je me sens prisonnier dans ma peau. J'ai du chagrin qui me bouffe de l'intérieur, j'ai le sentiment d'être isolé de ceux qui m'entourent...hum...je ne suis sensible à rien, vous pensez que je réussirai à me libérer de tout cela, que tout va redevenir normal ? ».

En conclusion, le corps, carrefour où se croisent et s'effectuent les échanges et transmissions des messages est devenu cette enveloppe poreuse ou imperméable, empêchant ainsi toute interaction. Qu'en est-il de l'enfermement pulsionnel et émotionnel ?

2.5.2. Enfermement ou empêchement pulsionnel et émotionnel

Selon le dictionnaire de la psychanalyse Larousse, Freud cité par Chemama R. (1993), définit la pulsion à partir de trois points de vue :

- Point de vue topique : la pulsion est « l'interface du somatique et du psychique ». Cela met en œuvre différentes instances les unes à côté des autres. Celles-ci travaillent conjointement en agissant sur l'énergie pulsionnelle.
- Point de vue dynamique : elle est « le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme ». C'est-à-dire un processus dynamique solide dans une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but. Or les phénomènes psychiques sont amenés à être considérés comme résultant d'une combinaison des forces antagonistes (forces de l'inconscient contre la répression du système conscient ou le moi, seul négociateur entre le ça, le surmoi et la réalité extérieure).
- Point de vue économique : la pulsion est « la mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique en conséquence de sa liaison au corporel ». Il est question ici de la répartition de l'énergie qui aura des conséquences sur l'issue du conflit.²¹

L'enfermement pulsionnel va porter sur ces trois points de vue, dans un premier temps à l'annulation ou la défaillance de l'énergie pulsionnelle, la rupture entre les quatre éléments caractérisant la pulsion notamment sa source. La défaillance peut se traduire par la non disponibilité de la source, ou soit celle-ci est mal cernée ou mal identifiée. La poussée qui traduit l'aspect dynamique, le moteur de la pulsion, est inactive, passive ou immobile car la source n'est pas perçue, l'individu ne ressent rien, aucune tension. Sans la source aucune énergie (poussée) n'est mobilisée. L'autre aspect est aussi la difficulté liée à l'inexistence de l'objet. Suite au conflit entre pulsions de vie celles de mort, l'issue est malheureusement

²¹ Chemama R. (1993), Dictionnaire de la psychanalyse, Larousse-France Loisirs.

marquée par la domination du thanatos sur l'éros. Les pulsions de vie sont prises au piège, et enfermées par les pulsions de mort. Celles-ci poussent le sujet à l'inaction, ou à une sorte de compulsions répétitives visant à rétablir un état antérieur, sans tension, bref à un état inorganique (Freud S.). Le sujet est submergé par des ressentis et des pensées mortifères, une rumination désagréable marquée par des sentiments d'impuissance et de culpabilité. Il y a une sorte de dissociation entre les représentations et les affects qui incarnent des charges émotionnelles. Le sujet va cruellement manquer de force et d'énergie au plus profond de lui pour fonctionner harmonieusement. L'affect étant le point commun entre les pulsions et les émotions, fait ici défaut. Les pulsions vont avoir du mal à trouver les canaux des émotions pour s'exprimer (Freud). Quels sont donc les indicateurs de l'enfermement ou l'empêchement pulsionnel et émotionnel ?

Ils se traduisent par :

- une vague sensation ou impression de confusion et de désorientation, souvent exprimés par des réactions comme « ffffffffff », « *je suis perdu...* », « *Humm* ». Le sujet est en permanence en colère, toujours agressif, ralle ou se plaint tout temps. Il est toujours tendu et en mode défensif, et éprouverait les mêmes sentiments de peur, de honte, rongée par la culpabilité, des préoccupations qui sont à la limite des pensées obsédantes, recherche en permanence à s'identifier à son passé ou à des modèles inaccessibles et ou irréalisables. Plus les jours passent, plus ils se ressemblent, car c'est la même routine, les mêmes rituels et les mêmes expériences avec pour conséquences, le fait d'avoir toujours les mêmes pensées, émotions et presque les mêmes choix chaque jour. C'est le corps qui pense, car il tombe dans un automatisme, un fonctionnement mécanique.

- une forme d'idéalisation, le sujet s'accroche à un idéal inexistant, l'existence des idées de suicide marquée par un désir de ne plus souffrir, pour mettre fin au chagrin.

D'autre part c'est l'agitation, l'incapacité à rester calme, une perte d'intérêt pour les activités habituelles qui traduit un manque d'énergie pour entreprendre. On note de fréquentes irritations et une sexualité perturbée ou inexistante.

Illustration

Monsieur M. homme de 36 ans, marié et père de deux enfants respectivement âgés de 5 et 2 ans est reçu sur demande de sa famille (sa femme et ses parents). La demande faite par ces derniers paraît très surprenante. A la question « *que puis-je faire pour vous* » ? Sa femme

fond en larme avant de dire toujours en sanglots : « *élé sibé amekuku nènè* », pour traduire « il est comme un mort », « *mi fon in midékuku* » pour dire « réveillez-le pour nous s'il vous plaît ».

En effet M. avait été deux ans au paravent hospitalisé dans la clinique de psychiatrie et de psychologie médicale du CHU-campus pour une bouffée délirante aiguë (BDA), sur fond de conflit relationnel survenu dans son service suite à la restructuration. Il sort de l'hôpital cinq jours plus tard, avec un traitement à base d'antidépresseur qu'il prendra durant trois mois, avant d'arrêter de son propre gré malgré les recommandations du médecin traitant. Pendant l'épisode de crise, d'après sa femme : « *il faisait du tapage* » et il aurait giflé son père, insultant presque tout le monde, agressivité verbale et prolifération de menaces et propos incohérents. D'après son épouse, depuis sa sortie de l'hôpital, il est indifférent à tout, est devenu apathique : « *on ne sait plus quand il est content ou triste, ...humm, il est indifférent à tout, il faut le lui demander, même sexuellement ne répond plus malgré mon insistance et demande, ...humm, il est comme un bois sec...* ». Elle répète trois fois cette dernière petite phrase et avant de poursuivre « *c'est très difficile pour nous, les enfants et moi, j'aurai préféré qu'on se dispute plutôt que ça...* ». Durant tout l'entretien, nous remarquons que Mr M. est indifférent, regard absent, et tête baissée et n'arrête pas de tchiper, d'émettre le son « *humm* » précédé de soupire. Nous relevons un détachement émotionnel, des expressions liées à des sentiments de culpabilité et de honte, « *je suis maudit, je ne mérite pas de vivre après avoir giflé mon père, je ne suis plus digne, je suis continuellement envahi par un malaise, des idées de mort et surtout des envies de disparaître, j'ai des idées toujours ailleurs, dans un monde qui n'existe pas* ». Il refoule son agressivité et son agacement en « tchiper ». Malgré son jeune âge, il présente quelques rides sur le corps, faisant penser qu'il est plus vieux que son âge. Son langage est dominé par l'usage de la première personne « je », ce qui peut être synonyme de blocage accompagnant le refoulement des représentations.

L'enfermement, qu'il soit corporel, pulsionnel comme émotionnel, est la conséquence du vécu, des représentations et des croyances socioculturelles.

2.5.3. Enfermement ou empêchement cognitif : les croyances qui enferment

Il est issu du champ de perceptions, des croyances, au vécu des événements marquant de la vie. L'enfermement cognitif a un impact sur le devenir de l'homme en souffrance qui tente de se reconstruire.

Dans la plupart des sociétés et civilisations, les troubles psychiques sont toujours accompagnés d'interprétations et de croyances ancestrales. C'est un héritage transmis de génération en génération par le biais de l'éducation, des pratiques et des processus de socialisation. Les pathologies psychiques sont rapidement associées à la folie, au danger, à la violence, aux croyances, à l'idée d'être sous possession diabolique, aux mauvais esprits, à la sorcellerie, comme conséquence d'une transgression ...etc. Ces pensées sont fondées soit sur des faits réels, soit sur des fantasmes. Non seulement elles sont complexes, résistantes au changement, mais aussi portent entrave à la reconstruction psychique.

Cette forme d'enfermement se traduit par la recrudescence des pensées polluées, des idées toxiques ou à des images néfastes, un étouffement mental, une impossibilité à se concentrer, un déferlement de pensées négatives, d'incertitudes, à une incapacité à penser, à en parler et une difficulté ou défaillance à mentaliser. En exemple : « *je suis maudit* », « *on dit que je suis sorcier* », « *je suis ensorcelé* », « *ils (les sorciers) ont pris en otage mon âme* », « *je suis sous l'emprise des mauvais esprits* », « *c'est la volonté de Dieu* ». Les faits et gestes du patient sont scrutés, et font objet de toute forme d'interprétation. Les pensées et les idées deviennent contraignantes. Le sujet finit par se résigner, à s'enfermer dans le désespoir, à l'inaction, au découragement, freinant ainsi son élan et l'envie de vivre. Les seules interactions sont traduites par des sentiments de méfiance et d'hostilité instaurant une frontière entre le patient et son entourage.

Ces croyances enfermantes sont malheureusement partagées par l'ensemble des communautés. C'est d'ailleurs ce qui les rend encore plus puissantes. La lutte paraît vaine, vu que tout le monde y adhère. Le sujet renonce à se battre pour la reconstruction identitaire. Certaines croyances sont très déstabilisantes.

Illustration : Madame A., 49 ans, traitée depuis 2012, dépression majeure sur fond de deuil pathologique, est convaincue d'être maudite et hantée par un esprit maléfique. Selon son récit, sa vie n'est que succession d'évènements tristes, marquée par des deuils. Au cours d'un entretien qui a duré entre 45 et 55 minutes, elle avait prononcé 15 fois en éwé, sa langue maternelle : « *fipodé* », avant de nous lancer plus tard avec un regard froid d'une voix ferme : « *vous ne pouvez rien faire pour moi, on m'a lancé un sort* ». Elle croit que c'est sa destinée, « *c'est ma croix* ». Elle connecte les évènements les uns aux autres. D'après son histoire, elle est l'unique enfant vivant d'une lignée, issue d'une fratrie de huit enfants dont elle occupe le deuxième rang. « *Le malheur a frappé toute ma famille, commençant à tuer mes parents, mes autres frères et sœurs les uns après les autres* ». « *Je souhaite que Dieu abroge ma souffrance* ».

en prenant ma vie, je ne souhaite pas que ce sort touche mes enfants ». Tous ces décès se seraient survenus dans des circonstances bizarres et ambiguës d'après les dires de la patiente. D'après son fils, elle aurait fait une tentative de suicide en avalant une grande quantité de médicaments achetés au bord de la route alors qu'elle ne souffrait d'aucun mal. Ce qui est curieux dans son choix, elle ne prenait pas de médicaments, car ne pense pas être malade, mais dit plutôt souffrir d'une peine morale et spirituelle. Elle pense aussi que le fait de prendre le médicament l'empêche de se défendre, car selon ses dires « *ça baisse ma vigilance, je ne veux pas mourir dans un état de faiblesse. Je veux mourir en me battant* ». Son refus de prendre le traitement n'est pas directement imputable au déni de la maladie, mais plutôt découle des perceptions celle-ci. C'est le « destin », ici vient en quelque sorte déculpabiliser le sujet, mais condamné tout de même à une souffrance, c'est pour justifier son inaction. Cela réduit le sujet à la soumission, à accepter la fatalité, donc à subir.

Comme nous venons de le voir à travers la définition de la notion d'enfermement, il existe certaines formes que nous avons choisi de décrire :

2.6. L'enfermement carcéral

Bien que cela ne soit pas vraiment au cœur de notre étude, mais compte tenu de sa similitude, nous allons l'évoquer très brièvement. Lorsqu'on évoque le concept d'enfermement, c'est celui carcéral qui apparaît d'emblée dans notre esprit. Cette forme d'enfermement présente plusieurs appellations, prison, maison d'arrêt, centre pénitentiaire, pour ne citer que ceux-là. Elle reste l'un des héritages phare qui ait gardé les mêmes objectifs, ceux de protéger et déparasiter la société des criminels, des délinquants, bref de toute forme de déviance. Il s'agissait de préserver la sécurité des innocents, d'éloigner le criminel et son crime loin du corps social. Le crime non seulement crée une tension sociale, mais engendre au passage une angoisse, un sentiment de peur, la panique, un sentiment d'insécurité et quelque fois d'impuissance.

La prison, proviendrait du latin populaire, *prensio, -onis*, qui lui-même découlant de la forme littéraire *prehensio, -onis* du verbe *prehendere*, qui signifie « prendre », apparaissait à la fin du moyen-âge et n'était qu'un dispositif marginal, et étaient enfermés les indigents et vagabonds qui présentaient des difficultés d'intégration sociale (Philippe COMBESSIE, 2013). Le mot carcéral a un lien avec le crime, et la prison étant un lieu de contention physique et psychique. C'est la forme d'enfermement la plus illustrée et marquée par la réduction de l'espace de vie, confinement entre les murs de la prison, sous haute surveillance

avec privation de certaines libertés. La personne concernée se voit imposée beaucoup de contraintes, elle est soumise au fonctionnement de l'administration pénitentiaire. Pour Jean-Marc Bodson et all., 2007, *enfermement*, la prison est un lieu où la société enferme non seulement les personnes mais aussi les peurs.

La prison présente plusieurs dimensions parmi lesquelles nous pouvons citer :

La dimension sécuritaire : la prison à sa naissance avait pour but d'isoler et d'exclure personnes dangereuses et de les mettre hors d'états de nuire. L'enfermement carcéral commence par la prise du corps selon COMBESSIE P. Cela signifie que le sujet est porteur du « mal », le crime est ainsi incorporé à qui il est reproché. Dans ce cas l'enfermement apparaît comme un moyen de neutralisation.

La dimension punitive : c'est une sanction sociale, un châtement, une forme de pénitence pour se racheter et se repentir de son acte délictueux, ou criminel. Ils sont donc isolés et reclus entre les murs de la prison dans un but de devenir des citoyens modèles, c'était une voix de deuxième chance.

La prison n'enferme pas que le criminel ou le délinquant mais c'est toute l'institution pénitentiaire qui est enfermée. Si le détenu se voit priver de certaines de sa liberté, contraintes spatiales (vivre dans une bulle). Il n'en demeure pas moins pour les surveillants de prison qui subissent aussi les mêmes restrictions spatiales, ils sont aussi enfermés dans les mêmes tumultes. Certains surveillants développent quelques fois les mêmes types de comportements défensifs comme les détenus eux-mêmes (agressivité, la colère ou nervosité...).

Voici un exemple, en guise de conclusion sur l'enfermement carcéral : Mr Z. âgé de 36 ans est comptable de profession, ancien détenu de 2010-2013, pour complicité et escroquerie organisée. Nous l'avons reçu, deux ans après sa sortie de la prison pour tentative d'autolyse (il aurait avalé une dizaine de comprimés dont on ignore leur nature en dehors d'avoir bu un litre de sodabi, boisson locale où la dose d'alcool avoisine 95%). « *La prison civile de Lomé est un « enfer ». Nous étions une cinquantaine dans une pièce de quinze mètres carrés. Nous étions traités comme des sous hommes, sans valeur, avec pour seul statut « espèce de pourritures, sales criminels », nous étions traités et nourris comme des bêtes, entassés les uns sur les autres, un repas par jour. Je ne pouvais plus réfléchir, ni penser. Je me sentais seul au monde, l'odeur et l'haleine très forte des autres codétenus me rappelaient que je suis toujours vivant. Il faisait excessivement très chaud, et avec notre nombre, c'était intenable. Les jours sont pareils, mais les nuits sont toujours plus longues, plus chaudes, plus affreuses (chaque*

nuit passée est une rude épreuve). La prison est comme un feu qui vous consume peu à peu, de l'intérieur vers l'extérieur. Je suis les cendres de moi-même. Ce n'est pas moi-même en face de vous, ce que vous avez en face de vous c'est un autre, ou plutôt ce qu'il reste de Z, un corps meurtri, vide et portant tous les jours les marques du crime, de la honte. Ce sont les déchets de la société qui vont en prison, nous étions des monstres ; en allant là-bas quelque chose est mort en moi. J'ai tout perdu, mon identité, ma foi, ma dignité, mon travail, mon épouse et surtout j'ai infligé une grosse honte à mes enfants et ma famille, j'ai déshonoré ma famille. Vivre avec les criminels, vous fait penser que vous en êtes un. J'ai été coupé pendant trois ans des réalités du monde extérieur, je n'avais plus la notion du temps, aujourd'hui il ne me reste rien que ce pauvre corps, avec cette peau couverte de taches, de cicatrices et des rides. Je sens que mon mental est mort lentement là-bas, seul le corps a résisté. Je sens que je suis pourri de l'intérieur. Je n'ai plus de bon souvenir. Trois ans m'ont plus transformé que 33 ans. Je ne suis plus rien. Je n'ai plus un seul endroit pour bien me sentir, tout défile dans ma tête. Quand je suis seul, mes fantômes de la prison me hantent, tous les regards de mon entourage me culpabilisent. Quand j'étais encore en prison, mon seul désir était de sortir de respirer l'air du dehors, mais quand je suis sorti, je ne me sens plus à ma place, j'ai l'impression que tout le monde entier m'observe, j'ai même eu quelque fois des envies de retourner en enfer, au moins là j'ai le sentiment d'appartenance. Mais dehors j'ai le sentiment d'être englouti. Les gens autour de moi ne me voient plus comme avant, ce qui est encore plus difficile à supporter, le regard de mes parents. On parle de moi toujours à la troisième personne « il » comme si j'étais déjà mort. Je suis plutôt une « carapace » de moi-même ».

2.7.L'enfermement psychiatrique

Il vient en deuxième position après celui carcéral. Discipline médicale, rime beaucoup avec la prison, l'internement ou encore avec l'enfermement. Pendant des siècles les perceptions restent les mêmes à l'égard des troubles psychiques, « personnes dangereuses, irrationnelles, donc menaces des normes et des mœurs sociales. La psychiatrie, une des spécialités de la médecine a depuis toujours eu des liens étroits avec le pouvoir, le droit, la justice, les normes à travers les valeurs morales et culturelles. A sa naissance, elle était aux côtés des structures pénales et juridiques plutôt qu'à prodiguer des soins à cause de l'inexistence de ces derniers. Elle apparaissait comme un arbitre, et son rôle se résumait à la séparation des individus normaux et anormaux. Les malades mentaux faisaient l'objet d'arrestation, et étaient jetés

dans les asiles où c'est plus facile à contrôler et à surveiller (Michel Foucault, 1961). Ils étaient par conséquent enfermés entre les murs bâtis avec la même architecture que les prisons. En exemple au Togo, le seul hôpital psychiatrique fut une ancienne prison à l'époque de la colonisation. Prisonnier et malade mental, ont en commun l'appellation : « déviants ». Grâce au médecin psychiatre Philippe Pinel entre le 18^{ème} et 19^{ème} siècle, les malades mentaux connurent une nouvelle ère. Ils ont désormais la possibilité d'être écoutés, de se sentir encore humains. Car non seulement, il rompit le code des anciennes habitudes, en passant plus du temps aux côtés des malades, en leur accordant beaucoup d'attention et un cadre pour s'exprimer, en autorisant à sortir de leurs cellules. C'est la révolution en psychiatrie. Procédé grâce auquel il découvrira l'importance de la parole, celle-ci va aider les patients à se décharger de leur angoisse, fait baisser la tension et réduirait les conflits intrapsychiques et inter psychique. Avant le 20^{ème} siècle, les recherches et découvertes donnaient peu de moyens quant aux soins proposés, car les molécules comme l'opium ou l'un de ses dérivés le « chloral », les « barbituriques », le « bromure » s'avèrent très toxiques et inefficaces. Au 20^{ème} siècle, on verra naître de nouvelles formes qualifiées de « traitement de choc », c'est le cas du « cardiazol » qui est molécule provoquant des crises épileptiques chez le patient (Wikipedia, 2019, 14h16''). Malgré que cette molécule soit prometteuse, sa toxicité reste élevée ; elle sera peu à peu abandonnée et remplacée par le « choc électrique ». La montée des courants antipsychiatriques qui critiqueront ouvertement les méthodes de la psychiatrie, la qualifiant d'anti médecine, de tortures, inhumaines, déstabilisantes, enfermant, peu efficaces quant aux résultats et surtout que sa pratique est nuisible autant pour la personne souffrant de troubles psychiques, que pour la société en général, ouvrira la porte à des nouvelles méthodes de prise en charge complémentaires notamment les psychothérapies. Désormais une nouvelle ère s'ouvre pour la psychiatrie avec de nouvelles approches et la mise en place effective de la prise en charge à partir de 1951, avec la découverte des premières molécules antipsychotiques « neuroleptiques » avec moins de toxicité, grâce auxquelles les agitations, certains délires et hallucinations vont céder. C'est dorénavant possible de soigner la « folie ». Ceci aidera les patients à échapper aux traitements inhumains et à la torture auxquels ils étaient soumis. Le « fou » deviendra de plus en plus accessible, même si les stéréotypes hérités du passé resteront indélébiles à cause des préjugés sociaux qui sont de plus en plus forts et transmissibles, d'une génération à une autre.

La psychiatrie et la prison ont en commun quelques caractéristiques, notamment, presque même architecture, l'existence des cellules d'isolement, l'enfermement, la restriction de

l'espace (entre les murs), la mise quelque fois en isolement, la contention physique (attaché au lit), sur ordre juridique (hospitalisation sans consentement). Les maladies mentales sont indissociables aux normes, aux lois et aux valeurs morales en vigueur. Le diagnostic tient d'ailleurs en compte l'écart à celles-ci. Les structures d'accueil et des soins aux personnes touchées par un trouble mental ont une longue histoire. Hier considéré comme un asile, aujourd'hui on parle de lieux d'internement ou centre psychiatrique ou hôpital fermé. Le mot asile utilisé ici est paradoxal aux réalités que vivaient les asilaires. Asile qui jadis de par sa définition est un lieu de refuge, un lieu inviolable où l'on est censé être à l'abri des persécutions, des poursuites, lieu d'apaisement et de calme, devient un lieu marqué par plusieurs maux comme la torture, le traumatisme, lieu de désocialisation, avec beaucoup de contraintes physiques (contraintes physiques par sangles, de camisoles et/ou des contentions chimiques « faire dormir le patient sous contrainte par des cocktail chimiques comme on l'appelle dans les services de psychiatrie) et psychiques (pression psychique, manipulation, menace « *tu prends tes cachets sinon nous te ferons une pique* », du chantage, les patients se voient dépouiller de toute autonomie, état de stress post-traumatique, sentiment d'insécurité, d'impuissance et de peur), l'existence des sales et cellules d'isolement dans certains centres psychiatriques. Les malades se trouvent entre les murs de l'hôpital avec les portes closes. Ils sont surveillés à longueur de journée par une équipe qui se relaie. Leurs réactions et comportements sont scrutés dans les moindres détails. Les quelques résistances et au moindre faux pas deviennent un risque, celui de voir son séjour se rallongé. Parfois les équipes de soins pour se relayer les informations, parlent des patients à partir d'un étiquetage au lieu du nom. Les patients sont quelques fois agressés ou menacés dans leur quiétude, en exemple « *si tu ne prends pas le traitement par voie orale, nous allons utiliser d'autres moyens pour que tu les prennes* », « *si tu n'avales pas tes cachets, nous allons te faire des injections* », « *reste calme où nous allons te mettre une contention* ». A cet effet un ancien patient disait ne voir aucune différence entre la prison et le service de psychiatrie selon ses expériences dans ces deux lieux, « *nous sommes tenus, être parfaitement droit, tout est programmé. Les équipes de soins agissaient comme les surveillants de prisons, nous faire exécuter. Le ton, les gestes sont quelques fois agressifs, et nous sommes traités comme des moins que rien, des non humains, nous sommes devenus « l'autre », différent donc comme un anormal* ».

Si hier le « fou » était enfermé dans un asile, aujourd'hui il l'est toujours, soit par les préjugés sociaux, soit par les différents types de traitements médicamenteux que psychothérapeutiques. Les services de psychiatrie en éwé « *adava be akpadji* » c'est-à-dire en traduction littéraire

« service de folie », et en kabyè, « *kpanzua te wao* », sont de plus en plus stigmatisés de par l'appellation. D'ailleurs ça n'étonne personne lorsqu'on évoque « *je viens de chez les fous, les dingues* » pour parler du service de psychiatrie.

Le traitement (dont nous en parlerons plus tard) est vécu et représenté très négativement ; du fait de la dépendance, de leur effet très contraignant. « *Les médicaments ont pris possession de moi, je me sens surveillé à travers le médicament, je me sens toujours malade, le fait de prendre toujours le médicament* » sont quelques exemples parmi tant d'autres pour illustrer les ressentis des patients. La prise de médicaments (neuroleptiques) sur une longue durée entraîne quelque fois chez certains patients, une prise de poids considérable, ce qui aura pour conséquence la détérioration de l'image de soi, la baisse de l'estime de soi et les blessures narcissiques avec comme résultat le comportement d'enfermement. En exemple, Mlle D, souffrant de psychose et sous traitement depuis cinq années se plaint d'avoir excessivement pris de poids, de 57 kg elle passe à 81 kg.

Certains préjugés naissent dans les services de psychiatrie. Les réactions, l'attitude négative et le regard quelque fois culpabilisateur de certains soignants vis-à-vis des patients en sont un témoignage. On parle quelque fois du patient à la troisième personne, l'attitude à surveiller le patient à longueur de journée et qui sera relayée par l'entourage du patient en dehors des centres de soins ; ils parlent aux patients sur un ton sec et très sévère, parfois même réprimander le patient et lui donner des leçons devant sa famille, le manque de respect en la personne du patient, réduction voire perte de liberté (à ce propos, un patient nous disait, « *vos collègues m'ont traité comme un délinquant ou un prisonnier, je dois toujours demander l'autorisation ou avis avant de faire quoi que ce soit, je me suis fait réprimander parce que je suis allé au toilette sans autorisation, je me sens agressé verbalement, ce qui me fait très mal, c'est le fait d'être complètement écrasé* » et de poursuivre « *je dois toujours me soumettre point barre, ils font de nous tout ce qu'ils veulent, ma parole ne compte pas, ils prennent rarement en compte ce que je peux ressentir, ce que je dis* ». Le recours à des contentieux physiques et/ou chimiques, l'usage de la force, les menaces de tout genre, traumatisent davantage les patients. Parfois l'identité du patient est assimilée à ses symptômes : « *certaines membres de l'équipe soignante m'appelle Mr le pasteur faisant allusion à mes propos lorsque j'étais en pleine crise* ».

Il nous paraît important d'évoquer aussi la position de certains psychiatres quelque fois paternalistes, certaines décisions prises toujours à la verticale, cela enfermerait les patients. Le constat demeure le même, nous constatons une régression en continue, une sorte

d'infantilisation des patients. Parfois les patients ne savent pas pour quel type de maladie ils sont soignés, ils n'osent pas demander par crainte d'être réprimandés, ils sont toujours dépendants de la décision du médecin.

La plupart du temps, les services des hôpitaux, centres psychiatriques sont sous-équipés, et sont aussi en sous effectifs.

C'est pourquoi ce vieux centre était considéré comme une branche de la prison à cause éventuellement de son histoire, ses méthodes de fonctionnement. Les soins et autres étaient à la charge de l'Etat. Le vécu et les représentations des centres psychiatriques n'ont pas vraiment évolué, ils sont appréhendés comme des lieux d'enfermement, des lieux où sont enfermés les criminels et leur crime, les personnes possédées, les esprits maléfiques, les sorciers et leur sorcellerie. Pour exemple, Mr S, aujourd'hui âgé de 51 ans, avait passé 17 ans à Zébé, hôpital psychiatrique pour comportement de bizarrerie. Il était qualifié à l'époque par son entourage de « *efelou* » (sorcier). La maladie s'était déclenchée à la suite de la mort consécutive de ses parents. Accusé d'être responsable de la mort de ceux-ci, suite au déclenchement des premiers signes de la maladie, il finit par sombrer dans la schizophrénie. D'après les dires, il aurait été maudit par ces défunts parents qui l'ont rendu malade pour que tout se sache. Il nous dira à ce propos que « *c'est le début de ma descente aux enfers, les phases les plus sombres de ma vie* », (il craque) « *... ils m'ont rejeté en me chassant de la maison, ils m'ont juste déposé dans cet hôpital de fou. Pendant 17 ans je n'ai reçu aucune visite de leur part. Ils évitaient de me voir moi, et pourtant ils viennent tous les mois pour payer soi-disant mes soins. Livré à moi-même dans ce trou perdu, seul, face à la maladie, seul face à cet arsenal de soignants et leurs médicaments. Pendant toutes ces années, mes seuls repères étaient les murs de l'hôpital (un regard vide et plein d'amertume), les cris des autres malades, je me sentais de plus en plus enfermé dans la même routine, réveil, repas, prise de médicaments, voir les va-et-vient des soignants, rester dans ma chambre, le même goût des médicaments, rien à changer pendant toutes ces années. J'ai fini par m'en convaincre d'être certainement un sorcier, un malfaiteur et donc je subissais le sort réservé à cette catégorie de personne, celui d'être enfermé. J'expiais mes opprobres en avalant plusieurs comprimés de médicaments matin-midi-soir malgré les pénibles effets secondaires et dont j'ignorais même leur nom et leur rôle. Il fallait juste les prendre c'est tout. Aux moindres oppositions ou refus je recevais une piqure sur les fesses* ».

2.8. L'enfermement religieux

Il fait référence à la réduction d'espace psychique, aux espaces clos, contraintes spatiales, corporelles, alimentaires, même de liberté.

Le Togo est pays où cohabitent différentes religions. On relève une prolifération des églises sur toute l'étendue du territoire. Face à la pauvreté, les gens recourent aux lieux de cultes où ils trouvent réconfort. Prenons uniquement Lomé, la capitale, on peut dénombrer plus d'un millier d'églises. Elles sont en forte propension. Il existe plus de lieux de culte que les entreprises pour embaucher. Dans la plupart de ces églises, il est prédiqué aider les gens en les armant contre les attaques des ennemis et les forces maléfiques. Beaucoup d'églises fonctionnent sur un mode de superstitions. Nous avons constaté que les gens en fonction de leur croyance peuvent devenir psychorigides.

L'enfermement religieux se traduit par les limites infranchissables imposées par les normes religieuses. Les comportements des sujets sont régis par des normes religieuses. L'enfermement peut se traduire dans les processus de mentalisation, soit par une fragilité, soit par une incapacité dans la gestion des conflits. Les règles ou lois de ces églises sont assaillit d'interdits. Le comportement du sujet est dicté, voir téléguidé par la morale religieuse.

Dans le champ de la psychopathologie, ces églises peuvent contribuer à l'empêchement, tout comme à l'enfermement, car il apparaît une difficulté d'élaboration chez certains sujets. Le désir est perçu comme un « péché », donc non autorisé et refoulé par la même occasion. L'objet du désir est dérouter. Les pulsions libidinales sont interdites.

Certaines formes d'émotions sont d'ailleurs traitées de signes de faiblesse, d'impureté, donc émanant de l'esprit malin et sont d'ailleurs considérés comme « péchés ». L'individu doit renoncer à lui-même. Il n'a pas droit de penser à lui, c'est l'égoïsme ; il doit par contre obéir, c'est l'obéissance. Il est coincé voir enfermé entre sa foi, sa vocation qui l'oblige à se soumettre, à l'obéissance, et son envie d'être lui-même, libre de ressentir, d'exprimer.

Les adeptes sont tenus, avoir une vie exemplaire. L'ordre étouffe bien leurs émotions et sentiments. Les moindres écarts de comportement sont considérés comme signe d'égarement, de désobéissance, ou de rébellion, et sont sanctionnés par un renvoie. C'est l'exemple aussi du fonctionnement dans beaucoup de couvents. Il en résulte un cumul de frustrations et des conflits intra et inter psychique.

En exemple, Mlle AR., âgée de 36 ans suivie dans notre service pour psychose maniaco-dépressive, nous disait qu'elle était coincée et étouffée au couvent : « *nos moindres faits et gestes sont scrutés par notre mère supérieure* ». *J'avais l'impression comme si ma tête allait exploser. Après m'avoir pris presque 10 ans de ma vie, j'ai été virée deux semaines après ma sortie d'hôpital, avec comme motif : comportement inadéquat avec les principes et les ordres de la communauté. C'est un endroit qui vous bouffe tout. J'étais épuisée émotionnellement, mentalement et physiquement* ».

Dans le christianisme Céleste, une église où les adeptes doivent passer des semaines en isolement surtout dans les situations de maladie en vue d'une guérison. L'église est régie par une douzaine de recommandations principales comprenant plusieurs interdits. Ceux-ci sont considérés comme des éléments médiateurs entre sacré et profane. Ils énoncent ce qu'il ne faut pas faire et jamais ce qu'il faut faire. La transgression d'un interdit est censée déclencher des conséquences néfastes. Nous avons des interdits alimentaire (consommation du porc c'est un tabou, de l'alcool ou le tabac pour la moralité), vestimentaire (les fidèles doivent se déchausser pour la prière et dans les lieux de culte), les sexes sont séparés à l'église (les hommes s'asseyent du côté droit, et les femmes côté gauche). Les adeptes de cette église en dehors de l'endoctrinement qu'ils subissent, s'isolent de leur famille, amis voire de leur communauté espérant ainsi échapper au « *mauvais œil* » comme eux-mêmes le disent. Entendu ici par mauvais œil, tout ce qui est qualifié de sorcier ou de mauvais esprit, l'envoutement, envie et jalousie.

Dans les religions traditionnelles, par exemple chez les « *éwés* », certains adeptes de Vodous au Sud du Togo pratiquent aussi l'enfermement. L'élu désigné se voit infliger beaucoup d'interdits alimentaires, vestimentaires. Il est soumis à un long processus d'initiation marqué de rituels. Cette pratique est interprétée comme une période de transition, d'initiation et de passage pour les élus appelés « *Vodoussi* ».

Au nord du Togo, chez les kabyès, le garant des us et coutumes « *cɔcɔ* », cultive un comportement d'enfermement qui consiste à s'isoler, un retour à une vie à l'état de nature (habillement à base de peau de bêtes, ne fait usage d'aucun matériau de modernité) avec une restriction alimentaire, non franchissement de la frontière de sa tribu.

Ce qui est commun à ces formes d'enfermement c'est la robotisation de la personne humaine, elle fonctionne comme programmée, même dans l'expression émotionnelle que sentimentale. Les systèmes religieux ont profondément influencé les attitudes et réactions humaines. Les

croyances contrôlent les actions et les pensées, ce qui peut impliquer des blessures narcissiques.

2.9.L'enfermement, vu chez les « éwés » et les « kabyès » du Togo

Vu le contexte socioculturel du cadre de notre étude, il nous a semblé nécessaire de parler du sens de l'enfermement, en langues locales notamment en éwé et en kabyè qui sont deux principales langues officielles nationales parmi les 40 dialectes du Togo.

La maladie est considérée comme un châtement divin, une punition. Dans les langues locales, l'enfermement est perçu de deux manières :

- Dans la première, c'est plutôt une punition, une sanction sociale, voire la mort de l'identité sociale. Il découlerait de toute inconduite, qui semble traduire, le refus de la tradition. L'enfermement traduirait à cet effet un sentiment de honte, voire un sentiment de mort sociale et culturelle. Il y a donc une sorte de négation de l'identité comme le disait Djassoa G., (1988), qui signifie perte de l'identité sociale sur fond de moqueries et railleries.
- Dans la seconde, il s'agit d'une sorte d'élévation spirituelle. L'ego s'enferme pour protéger les dons reçus de la divinité. Il devient alors un personnage spécial et détenteur de multiples secrets. Il pourrait servir de guide, de voyant, de devin ou un guérisseur ou par contre devenir un sorcier.

Mais à partir de l'époque coloniale jusqu'à nos jours, il y a eu d'autres formes d'enfermement notamment celui carcéral et l'asile psychiatrique.

L'enfermement en kabyè « *ditou* », vient du verbe « *diwou* » signifie « enfermer » qui sous-entend empêcher, réduire, contrôler, être séparé ou isolé, être sous surveillance, créer une dépendance », ou encore « être séparé pour sécuriser ou protéger ».

En éwé, langue très parlée au sud du pays, « *amedede de aga* » qui signifie exclusion, éloignement. C'est en effet une forme de stigmatisation impliquant l'exclusion. « *Amedokui toutou* » deuxième expression qui selon la traduction littéraire signifie : se replier sur soi, s'isoler, exclusivement l'action de l'Ego lui-même, évitement du contact extérieur ou encore la personne s'est retirée».

Voici les différentes formes d'enfermement identifiées :

1 -Enfermement dans les rituels de passage : par exemple dans certains rituels de passage de l'adolescence à l'âge adulte chez les kabyè, le jeune garçon, *evalo* et la jeune fille, *akpeno* sont isolés pour les rituels d'initiation avant leur réintégration.

2 -Dans presque toutes les ethnies du Togo, les pratiques des rituels de veuvage s'accompagnent toujours d'un enfermement. Celui-ci permet la prévention des troubles psychiques, comme la dépression et surtout les troubles psychosomatiques. C'est une forme d'accompagnement social pour éviter que la personne se retrouve seule face au deuil qui frappe, surtout éviter aussi que le/la concerné(e) s'enferme ou développe un comportement d'enfermement. C'est le cas aussi des rites de veuvage qui est un travail de deuil pratiqués au Togo, en kabyè cela s'appelle « *lelotu* ». La/le veuf (ve) est isolé (e) et enfermé (e) dans une chambre, après s'être séparé(e) du confort vestimentaire, pour exécuter des rituels. La personne vit en réclusion dans une case. Cette forme d'enfermement durait trois mois pour les hommes et quatre pour les femmes. Mais de nos jours, ce procédé ne dure que trois jours pour le genre masculin et quatre pour la gente féminine. Cette pratique s'est révélée bénéfique pour l'équilibre psychique et physique après l'épreuve de deuil. En exemple, Madame V., 62 ans, trois mois après le décès de son mari a été hospitalisée pour dépression majeure avec symptômes psychotiques. A l'entretien, on découvrira que l'apparition des premiers signes de la dépression remonterait à un mois après le refus de ses enfants de la laisser aller faire les rites de veuvage au village. Après sa sortie d'hôpital et sous nos recommandations, elle alla accomplir des rituels selon la tradition de son défunt mari, ce qui d'ailleurs contribua largement à son rétablissement.

3 -Enfermement comme prison, hérité de l'époque coloniale, son but principal était de surveiller ou de contrôler les attitudes, les conduites ou les comportements afin de rendre les personnes dociles et soumises. C'était une arme de dissuasion contre toute forme de résistance vis-à-vis du colon. En éwé, la prison est appelée *game ou gakpame*, (*melegame*, « *je suis à la prison* ») ; En kabyè, cela se dit *saraka*, C'était un moyen coercitif. Même après le départ du colon, la prison a gardé le même rôle, celui d'enfermer les opposants, les rebelles, tout comme les personnes en conflit avec la loi (délinquants, toute forme de criminalité).

4 - Enfermement intérieur ou psychique : cette forme est polysémique et complexe car peut s'expliquer par plusieurs choses à la fois. Il y a un adage « *chacun voit ce qu'il croit* ». Il y a autant d'interprétations selon que l'on pratique la religion traditionnelle, chrétienne ou l'islam. Pour certains, c'est la prison invisible, c'est être sous contrôle du monde invisible, des forces invisibles, tels que : Dieu, les dieux, les ancêtres, les divinités, le diable ou les démons.

Etant donné que rien n'arrive au hasard, l'enfermement serait induit par un esprit qui contrôlerait l'Ego. Ce dernier serait l'otage des forces invisibles, qui dicteraient leur volonté. L'ego existerait que par le corps.

5 -Une personne qui s'enferme est quelque fois considéré comme investie d'un nouveau statut ou d'une divinité, il devient mystique car peut communiquer avec les ancêtres, les dieux, ou encore les forces de la nature. Il s'enferme pour protéger ses secrets. C'est le cas des voyants ou la plupart de certains tradipraticiens.

6 -Pour d'autres encore, c'est le poids de la culpabilité qui amène la personne à construire une prison interne, l'empêchant de s'épanouir et d'être libre. Ou encore c'est le prix à payer pour avoir agi à l'encontre des valeurs morales, éthiques, ou après avoir transgressé les us et coutumes ou encore les totems. Socialement l'ego est mort, il n'a plus de statut, c'est pourquoi l'on se moque de lui. D'après ces explications, l'enfermement serait un signe de la perte de « l'identité sociale », qui va profondément affecter et bouleverser l'identité du moi qui serait dépendante de la première. Enfin il y a des paroles qui enferment : elles sont faites des étiquettes qui sont attribuées à la personne malade. Il peut s'agir des gestes, des propos, des adjectifs comme « adaba » ou « kpanzuo » pour dire le « fou » ou encore « ðono » en éwé, et « kudontu » en kabyè qui peut signifier « malade » ou « fainéant ». Ou encore des phrases prononcées en guise de malédiction, en exemple : « *je te maudis, tu vas devenir fou* », ou lorsqu'un parent se dénude devant son enfant en signe de sanction, de protestation en cas de manque de respect. En exemple : Mr KP a été hospitalisé pour quatre jours pour une dépression psychotique. En effet, selon lui, il se serait disputé avec sa mère, qui lui aurait maudit en se dénudant devant lui. Elle lui aurait dit « *tu vas voir...* ».

En résumé, l'enfermement se traduirait par le fait de se retirer peu à peu, ou se sentir retirer de la vie sociale. Ça peut être une forme de marginalisation (misère psychique et matérielle), de désobjectivation et de désocialisation. C'est le rétrécissement de l'espace physique et/ou psychique. Il traduit aussi un sentiment de vide intérieur, de « trou », d'être inutile, de se sentir noyé dans un océan d'inutilité, une expression d'un vécu de mal-être intérieur, une angoisse existentielle associée à un sentiment d'exclusion, d'impuissance, de dévalorisation, d'une tristesse et de déracinement, par une perte de tous les repères habituels (mœurs, vie familiale, professionnelle, sentimentale, intimité et sociale). Toutes ses formes d'enfermement renvoient à une diminution ou à une absence de relation sociale, à une communication quasi unidirectionnelle. Cela décrit à une fracture intra et inter psychique.

L'Être humain se révèle au monde qu'à travers les perceptions, or celles-ci sont à leur tour dévoilées dans le ressenti. Ce dernier à la naissance et au cours de la première année est corporel. Il va progressivement remouler les sens avec différenciation du soma et du psychique, ces deux, non seulement sont indissociables mais connectés l'un à l'autre. La défaillance de l'un peut entraîner la chute de l'autre. Le corps, les pulsions, les émotions et les cognitions sont connectés, interdépendants et s'influencent continuellement faisant de l'Homme un être unique, complet et à la fois instable. L'enfermement psychique est donc l'apanage des champs corporel, pulsionnel, émotionnel et cognitif.

Chapitre 3 : Cadre conceptuel, revue de la littérature et cadre théorique

3.1. LA DEFINITION DES CONCEPTS

3.1.1. Comportement

Le terme « **comportement** » désigne les actions d'un être vivant. Il a été introduit en psychologie française en 1908 par Henri Piéron comme équivalent français de l'anglais-américain behavior. On l'utilise notamment en éthologie (humaine et animale) ou en psychologie scientifique.

Dans nos cultures, le comportement se définirait par la façon d'être d'un individu avec lui-même et avec son environnement lequel le stimulerait constamment. Ça pourrait être aussi les réactions d'un individu face aux situations auxquelles il est soumis ou exposé. Cela met en relief, l'expression émotionnelle, affective et réaction physique. Il est intimement lié à l'éducation et influencé par les processus de normalisation. Le comportement est un élément de valorisation sociale. C'est perçu comme un critère de réussite ou d'échec d'un individu au sein de sa famille et de sa communauté. Le comportement peut expliquer la nature du lien social, lien avec soi et avec les autres. Souvent l'individu est défini par son comportement au sein de sa famille, sa communauté voire la société. Les gens qui se comportent bien reçoivent les éloges de leur entourage. Qu'en est-il vraiment de bien se comporter si ce n'est le respect des normes et systèmes de valeur de la communauté ou la société à laquelle l'individu appartient. En même temps que l'éducation exerce une influence sur le comportement, celui-ci peut indiquer les défaillances dans la première. Bref l'éducation détermine le comportement.

3.1.2. Détresse psychologique

Nous avons décidé d'expliquer ce que c'est que cette expression. L'empêchement n'est pas loin de la détresse psychologique. Cette dernière est généralement caractérisée par la présence de symptômes anxieux ou dépressifs. Elle est issue du stress. En effet, le stress est une réponse de l'organisme à la suite de toute demande d'adaptation. Il amène normalement le sujet à générer davantage d'énergie psychique dans le but de surmonter une situation particulière. Il apparaît donc clair que le stress permet entre autres, d'effectuer la mobilisation des ressources et énergies pour s'adapter, et surtout de faire face au changement, aux multiples événements et défis qui surviennent dans la vie. Malheureusement, il arrive que les

réactions au stress soient trop intenses et prolongées, au risque d'affecter les capacités d'adaptation du sujet. Cela traduit l'épuisement du réservoir d'énergie dont il disposait. On parle de détresse psychologique, lorsque le réservoir d'énergie est vide, c'est-à-dire le sujet n'a plus les moyens ou les ressources pour faire face au changement. Tout changement s'avère fatal et menacerait l'équilibre psychique. Il devient vulnérable et fragilisé.

Selon le DSM-5, la détresse psychologique est définie comme étant un éventail de symptômes et d'expériences de la vie interne d'une personne qui sont communément considérés troublant, déroutant ou hors de l'ordinaire.

Les indicateurs ou signes de la détresse psychologique, dans le cadre de notre étude, ont été regroupés en quatre catégories :

- ✓ Signes cognitifs : ils se traduisent par la difficulté de prendre des décisions, les problèmes de concentrations et d'attentions, des oublis ou amnésies, le pessimisme, l'hyperdistraktion, des cauchemars.
- ✓ Signes comportementaux : il s'agit de l'agressivité, de fréquentes disputes avec l'entourage ou le voisinage, l'isolement, des sauts d'humeur, des attitudes rigides, des abus de consommation des substances psychoactives, de l'addiction à l'alcool, de la surconsommation de la cigarette ou du tabac.
- ✓ Signes émotifs : essentiellement composé d'irritabilité, de colère, d'état d'excitabilité, de peur, de culpabilité et de honte, avec des sentiments d'auto dévalorisation.
- ✓ Signes physiques : il s'agit de la fatigue, des céphalées, des palpitations, de la boule dans la gorge, des sensations de lourdeur ou de fourmillements, de douleurs à la colonne vertébrale ou de mal de dent qui peut pousser à la demande d'arracher une dent.

Toutes ces manifestations sont des réponses inadaptées car non seulement traduisent les symptômes de la souffrance psychique, mais aussi vont avoir de lourdes répercussions dans les interactions et liens sociaux du sujet. Sans aucune aide, le sujet va s'enfoncer de plus en plus dans la symptomatologie plus grave et profonde.

3.1.3. Discrimination

Il est essentiellement question des stéréotypies, des préjugés à l'encontre des patients souffrant d'un trouble psychique. Il s'agit des comportements négatifs vis-à-vis d'un individu à cause d'une différence. Nous en parlons des stéréotypes et préjugés car ils sont intimement

liés à la notion de discrimination. Lippmann, (1922), cité par Légual J.B. et Delouée S., (2015), qui fut le premier à en parler, décrivait les stéréotypes comme « *des images dans nos têtes* ». Elles sont issues de nos croyances, de nos perceptions, des sentiments et émotions qu'une personne éprouve par rapport à autrui. C'est cela qui va se traduire à travers notre agir ou comportement par une discrimination. Malheureusement ces faits sont partagés et véhiculés par le biais de la socialisation. Ils résistent au changement et sont très rigides. Beaucoup de patients souffrant de troubles psychiques font l'objet de stéréotypes, de préjugés et de discriminations presque tous les jours de leur vie. Cet état de choses déstabilise malheureusement leur santé mentale, qui était déjà fragile. Ces faits amènent les patients à adopter un comportement d'évitement, d'isolement, ce qui conduira peu à peu à l'enfermement.

3.1.4. Mécanismes de défense

Concept clé de la psychanalyse, de psychopathologie et de la clinique, les mécanismes de défense sont un processus de protection élaboré par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure. Ils préservent le Moi et le protègent contre les exigences pulsionnelles du Ça. Modèle dont Anna Freud est pionnière, est issu de la théorie psychanalytique. Il permet ainsi de lutter contre l'angoisse selon la deuxième topique de Freud.

Pour comprendre le fonctionnement psychique adapté, ou pas d'un individu, il est nécessaire de procéder à l'examen des mécanismes de défenses. Les mécanismes de défenses se déclenchent qu'en situation de crise, comme la survenue de la maladie.

La maladie est à l'origine d'une dysharmonie psychique et l'atteinte à l'intégrité de la personne. La conséquence d'un tel bouleversement est la réduction des interactions et des liens sociaux. La maladie entraîne une rupture de l'équilibre antérieur, à laquelle le patient doit se réadapter. Cette adaptation demande une mobilisation d'une quantité importante de l'énergie psychique du patient, ou parfois un renoncement. La souffrance psychique peut d'une façon susceptible déclencher chez le patient un certain nombre de réactions, variables selon sa personnalité, sa représentation imaginaire et la représentation socio-collective de la maladie.

Les réactions psychologiques dépendent en grande partie des facteurs tels que l'expression symptomatologique, de la chronicité ou non, du vécu et la représentation socioculturelle du trouble. Les maladies chroniques soulèvent des problèmes différents de ceux posés par les maladies aiguës. Il a été aussi démontré par de nombreux travaux que les pathologies graves

impactent les ressources psychiques individuelles à cause de la résurgence de l'angoisse de mort. D'autres induisent des handicaps aux conséquences multiples.

Pour ce qui nous intéresse ici, ce sont des réactions singulières et particulières observées chez les patients face aux troubles psychiques. Celles-ci sont en grande partie dépendantes des représentations socioculturelles du trouble psychique.

L'expérience de la maladie même si elle est avant tout négative et source de souffrance, peut aussi être source de bénéfices.

Les bénéfices primaires jouent un rôle dans le déclenchement de la maladie, soit comme cause à part entière, soit comme facteur déclenchant. Comme part entière, elle « *est la solution la plus commode et celle qui cadre le mieux avec le principe de plaisir, il est en effet incontestable qu'elle épargne au moi un travail intérieur dur et pénible*²² » (Freud S.1961). Cela concerne l'aspect sur la formation même du symptôme. C'est en quelque sorte le refuge, car permet d'éviter les conflits encore plus pénibles et douloureux. Ainsi, la maladie permet d'apporter une solution à une situation de tension interne ou de souffrance narcissique peu supportable : la maladie apaise et soulage.

Comme facteur extérieur, Freud met l'accent aux modifications liées à l'entourage, aux relations interpersonnelles, tout ceci à l'avantage du patient. La maladie devient une arme défensive ou un acte de vengeance.

Les bénéfices secondaires résultent des conséquences de la maladie sans intervenir directement dans son apparition, même s'ils peuvent favoriser sa pérennisation. Certains bénéfices sont conscients et connus du malade (arrêt de travail pour une maladie) alors que d'autres sont inconscients : se soustraire à des relations frustrantes, éviter les obligations familiales et sociales, fuir dans l'imaginaire et la pensée magique, être reconnu comme malade par l'entourage, être materné. Lorsque ces différents bénéfices sont plus importants dans l'économie du malade que ceux qu'il trouve dans son fonctionnement de sujet sain, il peut avoir des difficultés à guérir de sa maladie.

Le patient réagit à sa maladie en fonction de ce qu'il est, notamment de son âge, son histoire personnelle, sa personnalité, de ses croyances et de son vécu. Différents modèles psychologiques et psychopathologiques peuvent s'appliquer dans ce contexte et expliquer le comportement d'enfermement.

²² Freud S. (1966), *introduction à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot (p360.)

Les mécanismes de défense dans la dimension psychanalytique assurent le rétablissement de l'intégrité du Moi. Ce qui permettra à l'individu de garder le contrôle et la maîtrise de la vie instinctuelle (pulsions du ça), Sigmund et Anna Freud.

Pour Ionescu S., ce sont des processus psychiques inconscients qui visent à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires. C'est en quelque sorte un remaniement des réalités internes et/ou externes. Il s'agit alors de la gestion des conflits intrapsychiques.

Les mécanismes de défense peuvent être vus sous la dimension adaptative comme le proposait Perry J.C. et al, (2009), lorsqu'ils parlent d'eux en termes de mécanismes psychologiques qui assurent la médiation entre « *désirs, besoins, affects et impulsions individuelles d'une part, et d'autre part les interdits internes et la réalité externe* ».

Et enfin, vu sous la dimension psychiatrique, ils sont assimilés au style de coping comme un ajustement, et selon ses auteurs, ils sont à cet effet considérés comme des processus psychologiques automatiques généralement inconscients qui protègent l'individu de toute anxiété ou perception de danger, des facteurs de stress internes comme externes (DSM-IV).

Les mécanismes de défense sont considérés comme les traits de personnalité d'un individu (Chabrol H., 2005).

Selon la classification du DSM IV-R, repris par le même auteur dans un ouvrage rédigé en collaboration avec Callahan en 2004, « mécanismes de défense et coping », ils peuvent être regroupés en 7 niveaux défensifs :

- Le niveau d'adaptatif élevé (défenses matures), assure une adaptation optimale aux facteurs de stress. Les défenses habituellement impliquées autorisent la perception consciente des sentiments, des idées, et de leurs conséquences. Il s'agit de : l'affiliation, l'affirmation de soi, l'altruisme, l'anticipation, l'auto-observation, l'humour, la répression, la sublimation.
- Le niveau des inhibitions mentales ou la formation des compromis, constitué de défenses qui maintiennent hors de la conscience idées, sentiments, souvenir, désirs, ou craintes potentiellement menaçantes. Il s'agit de : déplacement, dissociation,

intellectualisation, isolation de l'affect, formation réactionnelle, refoulement et annulation.

- Le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps : ce sont les défenses qui vont permettre la régulation de l'estime de soi. Elles sont essentiellement de type narcissique : dépréciation, idéalisation, omnipotence.
- Le niveau de désaveu, constitué des défenses qui maintiennent hors de la conscience des facteurs du stress, des impulsions, idées, affects ou des sentiments de responsabilité qui sont attribués ou non aux causes extérieures : déni, projection, rationalisation.
- Le niveau de distorsion majeure de l'image de soi : clivage, identification projective, rêverie autistique.
- Le niveau de l'agir constitué de défenses par l'agir ou retrait. Il s'agit de : passage à l'acte, retrait apathique, plainte associant demande d'aide et son rejet, agression passive.
- Le niveau de la dysrégulation défensive, constitué de défenses caractérisées par l'échec de la régulation défensive provoquant une rupture marquée avec la réalité objective. Il s'agit de la projection délirante, du déni psychotique, de la distorsion psychotique.

Les niveaux tels que inhibitions mentales ou compromis, distorsion mineure de l'image de soi, de l'agir, et quelques fois ceux de désaveu, de distorsion majeure de l'image de soi sont beaucoup observés dans les comportements d'enfermement. C'est l'exemple des défenses comme la dépréciation, l'idéalisation qui induit l'amaigrissement narcissique, à une baisse d'estime de soi, l'auto-dévalorisation.

En synthèse nous pouvons retenir :

Défenses matures : altruisme, humour, anticipation, sublimation, comportement passif agressif, suppression et dissociation

Défenses névrotiques : refoulement, déplacement, formation réactionnelle, intellectualisation, isolation

Défenses psychotiques : projection délirante, déni, distorsion

Défenses immatures : projection, fantaisie schizoïde, hypocondrie, acting-out

Les défenses habituellement considérées comme les plus pathologiques et pouvant induire un non-recours aux soins de santé sont les défenses psychotiques et immatures.

En situation de maladie physique ou psychique, certains types de réaction comme la régression ou encore la dépendance peuvent s'observer. Celles-ci apparaissent en fonction de la gravité de la pathologie ou de traits de personnalité.

Selon Laplanche et Pontalis (1967), la régression²³ consiste en « *un retour en sens inverse à partir d'un point déjà atteint jusqu'à un point situé avant lui* ». Ce concept évoque d'emblée la question de l'expérience.

Dans la conception psychanalytique, la régression se manifeste chez les malades par une sorte de retour aux stades de l'enfance avec la résurgence des pulsions libidinales et un narcissisme secondaire.

La régression chez un individu en souffrance peut se traduire par une réduction des intérêts, un égocentrisme, une dépendance vis à vis de l'entourage, un mode de pensée magique. Dans cette étude, ce dernier aspect est le plus constaté. Et la régression se manifeste par la croyance en la toute-puissance à travers les prières et rituels. Il arrive que ce processus défensif soit encouragé chez le patient dans le but de casser les résistances face aux soins. Elle conduit à une souplesse et flexibilité.

Notons que la régression est un processus normal et nécessaire car il permet au patient de s'adapter à la situation nouvelle. Elle peut aussi être utile au processus thérapeutique (observance du traitement par exemple, le patient fait confiance, il y a une certaine innocence qui facilite la relation thérapeutique).

La régression peut être aussi pathologique ou le devenir si elle est trop importante en intensité, en durée, car empêche la participation active et énergique du patient au processus thérapeutique en commençant par le recours aux soins de santé, à l'absence de s'approprier sa demande. Ce sont les autres qui décident à la place du patient. Il est exclu ou s'exclut de ce qui le concerne. Il n'est plus acteur de sa santé. Il prend la place du spectateur, c'est une forme d'enfermement.

A côté de la régression, nous observons certaines attitudes de nature à minimiser, à négliger ou encore la négation et le refus de la maladie qui plongent le patient dans l'enfermement, soit dans le déni ou la dénégation de son mal. Par exemple le patient refuse de prendre son traitement en minimisant sa maladie « *ce n'est rien, je vais bien, je n'ai pas besoin de médicament, ni de suivi psychologique* ».

²³ LAPLANCHE J. PONTALIS J.B. (1967), Vocabulaire de la Psychanalyse, Paris, PUF

Les réactions d'ordre narcissique sont très importantes dans la réhabilitation et l'insertion du patient. Le narcissisme définit le caractère de « *tout inviolable, impérissable, important, capable et digne d'être aimé* » de l'individu ²⁴(Balint M., 1958). L'intégrité de l'individu est menacée par la survenue d'un trouble psychique. La blessure narcissique survient à chaque fois que l'on est amené à prendre conscience des limites qu'impose la réalité, induisant ainsi des réactions très variables d'un individu à un autre. Certains patients se sentent avant tout blessés et vivent une expérience de « faille narcissique ». Certains la surmonteront en se repliant sur eux-mêmes et en accentuant leur égocentrisme. D'autres développeront un syndrome dépressif associé à la crainte de ne plus être digne d'être aimé.

Certains patients au contraire voient leur narcissisme renforcé par l'expérience de la maladie : l'intérêt porté à sa propre personne malade devient la source de nombreuses satisfactions pouvant bouleverser la trajectoire aux soins. Ces réactions narcissiques sont fréquentes chez les personnes dont les traits du narcissisme sont dominants.

Les réactions dépressives si elles sont fréquentes dans la plupart des maladies chroniques et/ou sévères, n'en demeurent pas moins dans le cas des troubles psychiques où surviennent le plus souvent les préjugés sociaux. En effet, la maladie représente une atteinte de l'image idéale de soi, c'est-à-dire du narcissisme du sujet. Elle représente aussi une confrontation avec la mort. A ce double titre, elle peut être à l'origine de réactions dépressives. Les réactions dépressives peuvent être exprimées par le malade (sentiment de dévalorisation, d'incomplétude, de fatalité avec abandon de tout projet et de tout souhait y compris le recours aux soins de santé). Le malade finit dans le plus souvent à s'enfermer, en s'enfonçant de plus en plus dans la psychopathologie.

Dans certains comportements d'enfermement, il apparaît quelque fois des attitudes agressives et persécutives. Elles traduisent la perception d'une menace. Elles peuvent s'exprimer de façons très variées : agressivité passive, agressivité verbale voire agressivité physique.

L'agressivité peut aussi témoigner d'un sentiment d'injustice et de persécution. Le sujet se considère alors comme victime d'une agression, ou d'un complot. C'est un mécanisme projectif qui est mis en place par le moi pour sa défense.

²⁴ Balint M., in *Amour primaire et technique psychanalytique*, traduit de l'anglais par J. Dupont, R. Gelly, S. Kadar, Payot, 2001

Dans certains cas de comportement d'enfermement, nous observons chez certains patients un mécanisme régressif se traduisant par besoin de se laisser aller et parfois qui va de l'abandon de soi jusqu'à la négligence.

La souffrance, qu'elle soit physique ou psychique, met le moi en état d'alerte. Les mécanismes de défense sont issus des manifestations de l'inconscient. Toute stratégie défensive est idéale que si elle permet à la personne de s'adapter au changement et aux nouvelles situations.

Pour finir, disons que les mécanismes de défense sont des processus cognitifs utilisés consciemment ou inconsciemment contre l'angoisse.

3.1.5. Narcissisme

Le narcissisme se réfère au mythe de Narcisse. C'est l'amour de soi, souvent en excès ou en défaillance.

Concept introduit par Freud S. (1914), parle de narcissisme comme un « complément libidinal de l'égoïsme humain » et qui trouve ainsi ses racines dans la libido. Il va glisser l'idée d'un conflit entre la libido du moi et celle de l'objet. En effet, la libido investit les objets d'amour extérieur avant de revenir au moi mais cette fois-ci enrichie des images, des représentations des figures auxquelles elle s'est identifiée. Ces introjections peuvent, soit renforcer le moi grâce à l'intériorisation des objets extérieurs et pourront alimenter le moi, lui permettant ainsi de maîtriser l'extérieur, de s'assouplir. Ou au contraire de se durcir, soit de fragiliser le moi dans le mode relationnel, entraînant une défaillance ou une rupture dans le rapport avec le monde extérieur.

Le narcissisme est une quête de la beauté extrême aboutissant ainsi à un détachement et un désintéressement car l'égo devient insensible au monde extérieur (Maïdi H., 2012). Toute l'énergie est investie sur l'image de soi. Cette dernière est perçue comme seul objet d'amour. Ce couple image-objet, risque d'être l'unique cause du désir (amour) ou du rejet (manque d'amour de soi).

L'individu narcissique oscille entre l'hypertrophie et une carence narcissique (Darcourt G., cité par Desjardins-begon D., 2013).

Grunberger B. cité par Desjardins-begon D. (2013), trouve que la notion du narcissisme est porteuse de significations diverses. En s'appuyant sur les travaux des autres auteurs, il en conclut que le « *narcissisme est concentration d'intérêt psychologique sur le moi* ».

Troubles psychiques riment avec perturbation du narcissisme. Celles-ci se traduisent par plusieurs manifestations, notamment par : un manque d'estime de soi, un déficit d'amour de soi (négligence de soi, mépris de soi), une mauvaise image de soi (trop négative ou fausse), un sentiment de ne rien valoir (auto dévalorisation), des difficultés à se sentir important, un sentiment de honte, d'impuissance, d'être insuffisant, une tendance à s'auto culpabiliser, un complexe d'infériorité ou de supériorité. Bien qu'il n'existe pas de réponse précise, nous pouvons formuler une hypothèse telle que la survenue d'un trouble psychique implique un amaigrissement du moi.

3.1.6. Personnalité

La personnalité d'un individu est le fruit d'une construction à partir d'une combinaison des facteurs environnementaux, biologiques et psychiques. C'est la singularité qui s'est construite à partir de l'histoire individuelle, du vécu et des représentations d'expériences agréables ou non, de l'héritage familial et social. Elle s'inscrit dans la capacité d'adaptation ou pas, d'une personne avec les normes et systèmes de valeurs morales ou sociales, l'ensemble des dogmes culturels qui l'ont façonné, de même que les mutations survenues lors son évolution physique et psychique.

Pour Sillamy N., (2019), la personnalité est déterminée par les particularités intellectuelles, affectives et conatives d'un individu. Il dira par la suite que : « *chaque homme, est à la fois, semblable aux autres membres de son groupe et différent d'eux par le caractère unique de ses expériences vécues* ».

Selon le dictionnaire CNTL, (2019), la personnalité²⁵ est ce qui constitue la personne, qui la rend psychiquement, intellectuellement et moralement distincte de toutes les autres. C'est une fonction par laquelle un individu a conscience de son moi, perçoit l'unité de sa vie psychique et son identité dans le temps.

Selon Rossier J. (2017), la personnalité rend compte de ce qui caractérise les comportements usuels d'une personne, de ce qui la distingue des autres et lui confère sa singularité.

Dans les cultures africaines, la personnalité est la résultante d'un rapport relationnel entre trois dimensions, à savoir, sociale, spirituelle et au soi (Kpanake L. (2018). Selon l'auteur, la dimension sociale prend en compte l'existence d'un lien commun entre l'individu et sa communauté. Etant donné que celui-ci soit ancré dans un contexte social. La dimension

²⁵ www.cnrtl.fr, (2019) consulté le 10/05/2019 à 12h43.

spirituelle « se réfère aux façons dont sont incorporés dans la vie quotidienne le monde ou des entités invisibles constituées de croyances, de divinités (cosmologie). La dernière dimension portant sur le « soi » représente la forme visible qui permet de distinguer l'individu des autres, il s'agit du corps, de l'anatomie des sentiments qui différencient l'individu, sa singularité. « Le soi est responsable de la présence sociale de l'individu et accueille l'essence de la vie ».

3.1.7. Psychopathologie

Selon le dictionnaire de psychologie Sillamy N. (2019), « *c'est une discipline ayant pour objet l'étude des troubles du comportement, de la conscience et de la communication. Elle vise, d'abord à comprendre le fait pathologique par un effort de pénétration dans l'univers morbide du sujet, en saisissant la signification du symptôme tel que celui-ci le vit ; puis, à l'expliquer en établissant des relations de causalité entre les phénomènes observés ; enfin, à tirer des lois générales concernant les processus mentaux* ». Il s'agit donc de l'étude du dysfonctionnement psychologique. Cette définition laisse retenir un triple objectif :

- La description : il s'agit de donner une représentation en abordant les signes cliniques des troubles.
- L'étude : c'est la partie où une analyse minutieuse des troubles avec symptômes est faite
- Enfin l'explication : elle concerne l'étiologie et l'évolution

Elle est avant tout une discipline de recherche, mi-chemin entre la psychologie clinique et la psychiatrie, et a permis la classification des pathologies psychiques. Les Classifications les plus connues : le CIM-10 et le DSM-V (aide descriptive au diagnostic, et certainement pas un cadre de critère absolu).

3.1.7. 1. Névroses

Il s'agit des affections caractérisées par des troubles affectifs et émotionnels et ne touchant pas les fonctions essentielles. Le sujet est douloureusement conscient de son mal. Bien que les états névrotiques soient très répandus, il existe un certain nombre de caractères communs à toutes les formes des névroses : une personne souffrant d'une névrose se sent mal à l'aise, manque d'assurance dans un rôle social. La plupart des symptômes sont l'expression symbolique du conflit intrapsychique ou du drame intérieur.

Dans les théories psychanalytiques, le conflit intérieur, qui oppose les forces pulsionnelles du ça aux instances morales (surmoi), suscite l'angoisse, contre laquelle le sujet essaie de lutter

en mobilisant certains mécanismes de défense inadéquats. Les symptômes névrotiques expriment un conflit psychique ainsi qu'un compromis entre pulsion et la défense qui s'y trouve opposée. Contrairement aux psychoses, le conflit psychique demeure intrapsychique, ayant lieu entre le surmoi et le ça. Chacune de ces instances demande à être satisfaite. Le Ça est porteur du désir. Le surmoi quant à lui est porteur de tempérance et d'interdit. Le Moi est une partie du ça qui est sous l'influence de monde extérieur. C'est la partie consciente de l'appareil psychique selon la deuxième topique de Freud. Les névroses sont des constructions symptomatiques par suite de l'échec du Moi à satisfaire les exigences contraires. La fixation et la régression n'ont qu'un caractère partiel, la libido conserve sa problématique objectale et n'est jamais désinvestie. La réalité est déformée dans le fantasme, mais non niée.

Selon Chabert C. et Verdon B., (2008), « *la réalité n'est pas niée mais reste toutefois maintenue éloignée à cause évidemment de l'existence d'un élément pénible, difficile à supporter* ». C'est d'ailleurs le cas lorsque Freud, cité par Chabert dit « *La névrose ne dénie pas la réalité, mais seulement ne veut rien savoir d'elle* ».

Dans les conceptions traditionnelles et locales du Togo, les névroses ne sont pas considérées comme de véritables maladies. Elles sont plutôt perçues comme une faiblesse, et parfois interprétées comme une sorte de simulation de la part de l'individu, une sorte d'immaturité, ou encore la culpabilité parentale (parents responsables). Pour l'entourage c'est associé à la clairvoyance « *kenao* » (résultant d'un sixième sens) mais pour l'individu lui-même, c'est l'incompréhension totale.

Dans les troubles hystérisiformes, la manifestation symptomatologique est très variée, et nous observons l'affolement, des réactions de panique dans l'entourage des patients. Parfois certains médecins manquent de délicatesse en disant que c'est une simulation aux proches. Ce qui explique aussi quelque fois une errance thérapeutique, ou au contraire crée une réaction d'indifférence et de négligence vis-à-vis de la personne d'abord par les soignants et les accompagnants (familles ou proches).

Les troubles compulsifs obsessionnels quant à eux sont perçus comme une malédiction, à cause généralement de la présence d'un rituel lors de la manifestation. Certains lient les TOC à la présence des mauvais esprits, ou assimilent plus le comportement ritualisé à l'invocation d'une sorte d'esprits, des divinités ou des forces invisibles.

La plupart des phobies sont considérées comme la traduction d'une faiblesse, à l'échec de l'éducation parentale, un caprice ou encore une banalité. Très peu consulte pour les phobies, car ce n'est pas pris au sérieux.

Parmi les troubles névrotiques, l'hystérie retient beaucoup d'attention à cause certainement de son caractère théâtral, impuissance face l'ampleur de la symptomatologie, à la souffrance exprimée subjectivement. D'autres par contre ne font objet d'aucune attention de la part de l'entourage, y compris certains soignants qui banalisent même ces troubles.

La nature d'angoisse dans les névroses : angoisse de castration. Elle est liée à un fantasme d'une punition, d'une rétorsion comme menace ou sanction pour des désirs interdits. Les mécanismes de défense mis en place par le moi dans les névroses sont souvent : le refoulement avec la dénégation, l'isolement, le déplacement et la condensation. Le mode de relation est génital et objectal. L'instance dominante est le surmoi.

3.1.7.2. Psychose

Maladie mentale grave, caractérisée par la perte du contact avec le réel et l'altération du lien interhumain, cause de l'inadaptation sociale du sujet (Dictionnaire de psychologie, Sillamy, N. 2019). Le psychotique ignore qu'il est malade, il n'est pas toujours conscient de son trouble. Dans des désorganisations sévères telles que les schizophrénies, la régression peut être totale, le repli narcissique amène un désinvestissement tant de la réalité que de la relation à l'autre ; la réalité est de plus en plus niée et l'aspect pathologique du comportement peu critiqué par le sujet qui n'a que peu ou pas du tout conscient de ses troubles.

D'après Bergeret, l'instance dominante dans les psychoses c'est le ça. Le conflit oppose le ça et la réalité. Les principaux mécanismes de défense : le clivage du moi, le déni de la réalité et la projection. La nature de l'angoisse est de type morcellement, de mort ou de destruction. Le sujet fonctionne sur un mode plus ou moins fusionnel et ne fait aucune distinction entre l'autre et soi.

3.1.7.3. Trouble des états limites

Il s'agit d'un trouble qui se situe à la frontière entre les névroses et les psychoses. L'individu navigue entre les deux. Il touche 0,5 à 5% de la population générale, dans trois cas sur quatre des femmes. Il est marqué par une instabilité des relations affectives interpersonnelles, de l'image de soi et une impulsivité.

3.1.8. Représentation

La représentation empruntée au latin « repraesentatio », dérive de « représentare » qui veut dire rendre présent ou l'action de mettre devant les yeux ou l'esprit de quelqu'un. A partir de ce sens premier, le concept prendra différents sens selon le corps de connaissance où il est employé.

Terme des Beaux-arts, il désigne le fait de rendre sensible un objet ou un concept au moyen d'images. On évoque spécialement dans ce contexte ce qui rappelle la réalité extérieure dans l'art (dessin, gravure, peinture, sculpture, photographie).

Au théâtre, la représentation traduit le fait de représenter une pièce en public en jouant sur scène. Ce sens est très voisin de spectacle et comédie.

En droit, le concept se réfère au fait de remplacer quelqu'un, d'agir à sa place dans l'exercice d'un droit. Il évoque aussi dans une succession, le fait de prendre le rang et la place d'un héritier en ligne directe et décédé.

En politique, le terme veut dire représenter le peuple ou la nation dans l'exercice du pouvoir. On parle de délégation ou de mandat. Par extension, la représentation désigne aussi en politique ceux qui représentent le peuple. Ici, représentation et représentant sont synonymes.

En psychologie, la représentation renvoie au processus par lequel une image ou une combinaison d'images est présentée au sens. On n'est pas loin du sens de la perception. On emploie spécialement la représentation en psychologie pour parler de l'image d'une chose réelle ou d'une chose absente.

La représentation en psychologie sociale

Après avoir marqué les travaux de certains psychosociologues et sociologues comme E. Durkheim, le concept de représentation a subi une éclipse. C'est au début des années soixante, puis des années quatre-vingt, que d'autres chercheurs comme Kaës R., Moscovici S., Jodelet D., lui donnent une seconde vie.

Dans une étude sur la représentation sociale de la psychanalyse, Moscovici S (1961) situe le concept et en énonce les propriétés :

La première propriété mentionne que la représentation sociale est une reproduction sur le plan cognitif, des propriétés d'un objet quelconque. Cette reproduction, c'est la seconde propriété, se fait à un niveau concret, imageant, soit que la représentation précède une différenciation en

concept et perception, soit qu'elle résulte de leur conjonction. La dernière propriété nous dit que la représentation a un côté signifiant, puisqu'elle tient compte des qualités extrinsèques aussi bien qu'intrinsèques, absentes ou présentes de l'objet social.

Ces trois propriétés permettent à Moscovici d'avancer que la représentation est formée d'un ensemble de concepts tels que l'idéologie, la vision du monde, l'idée de force, les mythes, l'utopie, l'unité d'images et de significations ayant trait à un objet. La représentation s'édifierait à la fois comme reflet de cet objet et comme activité du sujet individuel ou social. Comme reflet de l'objet, la représentation tend à refléter le plus complètement l'objet. Comme activité du sujet, elle tend « à saisir le réel de façon à former une unité avec l'ensemble des expériences antérieures du sujet » Moscovici.

Il précise aussi que la représentation contribue aux processus formateurs et aux processus d'orientation des conduites et des communications sociales. C'est sa principale fonction. Dans le cadre de cette fonction et dans ce cadre seulement, il ajoute l'adjectif qualificatif épithète « social », pour parler de représentation sociale. Celle-ci, « se révèle comme médiatrice entre les membres d'un même groupe humain, médiatrice générale par l'étendue de son horizon, collective par sa puissance et son origine » Moscovici, 1961.

A la suite de Moscovici, Jodelet D., soutient vers la fin des années quatre-vingt que la représentation sociale est « une manière d'interpréter, de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale. Et corrélativement, l'activité mentale déployée par les individus et les groupes pour fixer leurs positions par rapport à des situations, des événements, objets et communications qui les concernent » Jodelet D. 1988.

Nous pouvons retenir avec cet auteur que la représentation sociale est une activité cognitive qui se donne à saisir ses aspects, ses contenus et le champ dans lequel elle prend forme. Ses aspects regroupent des images qui réunissent des significations, des systèmes de référence qui permettent d'interpréter des événements et les individus, des catégories permettant de classer les situations, les phénomènes et les individus. Ses contenus se réfèrent à des attitudes, des opinions, des croyances, des mythes, des informations se rapportant à un objet, un événement, une personne en relation avec une autre. Enfin, la représentation sociale, ne peut se comprendre en dehors de ses visées et du champ social dans lequel elle s'élabore.

Par ailleurs, si nous acceptons que le champ social soit en perpétuel mouvement, nous pouvons dire avec Moscovici qu'« une représentation sociale, n'exprime pas la situation de la société uniquement telle qu'elle est, mais telle qu'elle est en train de se faire. La représentation est à la

fois un terme et un résultat de ce développement où secteurs entiers de la société se consolident, disparaissent ou change » Moscovici 1961.

Les contenus de la représentation sociale ne sont donc pas immuables. On peut supposer qu'ils changent plus ou moins rapidement avec l'évolution de la société. Aussi les membres d'une société donnée, sont-ils obligés d'interpréter ou plus exactement de réinterpréter les valeurs de leur milieu de vie.

La représentation sociale telle qu'elle a été décrite ci-dessus, souligne qu'il y a un lien étroit entre l'activité cognitive de l'individu et les valeurs sociales ou groupales. Mais elle ne précise pas les mécanismes psychiques qui rendent compte de cette interrelation. Autrement dit, j'avance que la représentation en psychologie sociale, étudie peu, pour ne pas dire pas du tout, le travail psychique. C'est donc tout le champ de l'intersubjectivité qui est occulté. Nous allons aborder cette question en analysant le concept dans le champ de la psychanalyse.

La représentation en psychanalyse

Nous donnons sobrement le sens de la représentation dans la pensée psychanalytique en général. Nous verrons comment le concept de représentation sociale peut se comprendre dans le champ psychanalytique.

Laplanche J. et Pontalis, J.B (1967), définissent la représentation comme : « *terme classique en philosophie et en psychologie pour désigner ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée et en particulier la reproduction d'une perception antérieure* »

La représentation se définit comme n'étant pas une simple image de la réalité, elle est une construction de notre activité mentale. La représentation remplit une fonction essentielle : elle régularise et modélise la conduite d'un sujet.

C'est à Mauss (1947) et plus tard à Lévi-Strauss (1955, 1961) que l'on doit les premières descriptions des systèmes de représentations collectives dans les sociétés traditionnelles.

Les représentations sociales servent aux individus à expliquer, à comprendre et à avoir des actions concrètes et cohérentes sur le réel (*fonction de savoir*). D'une certaine façon, elles orientent les pratiques sociales et les discours idéologiques des sujets et de leurs groupes d'appartenance. On peut dire que les représentations prescrivent des pratiques dans la mesure où elles précèdent et déterminent le déroulement d'une action, et elles sont conditionnées par l'évolution des pratiques dans une société. Cette *fonction d'orientation* dépend non des caractéristiques objectives de la réalité, mais de la représentation que l'on en a (Abric, 1994). La *fonction identitaire* des

représentations s'entend, elle, en termes de cohésion groupale. En tant que produit collectif, les représentations permettent de définir et de distinguer le groupe qui les produit des autres groupes. Elles lui donnent une identité, donc lui permettent (ainsi qu'aux individus qui en sont membres) de justifier après coup leurs comportements (*fonction de justification*). A ce titre, Abric J-C. (1994), estime qu'une représentation sociale est à la fois le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique.

3.1.9. Souffrance

Ce concept apparaît beaucoup dans le discours de nos patients, soit pour exprimer une douleur morale, spirituelle, financière et quelque fois physique et psychique. La souffrance altère le rapport à l'autre et la capacité d'agir. Dans le cas des troubles psychiques, il s'agit de la douleur psychique, morale ou spirituelle. Elle apparaît lorsque le Moi se trouve dans l'impossibilité de reconstruire son intégrité. Elle traduit ce qu'il y a de plus gênant, dans le fonctionnement et envahit de ce fait l'espace psychique. Elle traduit une sorte d'épuisement.

Selon Gros et Lanteri (1996), la souffrance implique la notion de temporalité et de compromis. En ce sens que souffrir, c'est endurer, éprouver, et supporter quelque chose de désagréable.

Selon Freud (1971), la douleur psychique traduit le rapport entre désir et interdit, mobilisant ainsi l'angoisse. Il s'agit de la réaction au danger, ou un signal d'alarme du Moi (c'est-à-dire l'affect signalant le danger) ou encore comme la réaction à une perte ou à une séparation réelle ou fantasmée. Cela traduirait alors le débordement des capacités défensives du sujet.

Ricœur P. (1994), proposait de situer la souffrance psychique sur deux axes orthogonaux, notamment l'altération du rapport de soi à autrui, et la diminution de la puissance d'agir. Dans le premier axe, la souffrance engage l'expérience de l'insubstituable. En ce sens qu'elle n'est pas du tout partageable, ni communicable. Le sujet se retrouve seul avec sa souffrance, il pense que personne ne pourra lui comprendre. Il peut se traduire par une absence de demande, comme pour la plupart de nos patients. Ils éprouvent des difficultés à élaborer leurs plaintes. Toujours dans l'altération du rapport avec autrui, il peut y avoir un glissement vers le sentiment d'hostilité. Cela se traduit chez nos patients par l'interprétation persécutive, du genre : « *quelqu'un lui en veut du mal* ».

Sur le deuxième axe selon l'auteur, à propos de la diminution de la puissance d'agir, il peut se traduire, par une impuissance à dire, à faire ou encore à se raconter. Il s'agit des difficultés à exprimer les sentiments et les émotions. Il s'agit des écarts qu'il peut y avoir entre le vouloir et le pouvoir. Et enfin les sentiments de culpabilité et de honte empêchent le sujet à s'estimer soi-même. Il va s'infliger des images qui sont dévalorisantes.

La souffrance psychique se traduit par les effets qu'elle produit sur le comportement ou réaction d'un sujet, envers lui-même et envers les autres. Nous aimerions conclure cette notion de souffrance, par une citation de Freud (1971), « *la souffrance (...) nous menace de trois côtés : dans notre corps, qui est destiné à la déchéance et la dissolution, ne peut même se passer de ces signaux d'alarme que constituent la douleur et l'angoisse, du côté du monde extérieur, lequel dispose de forces invisibles, et inexorable pour s'acharner contre nous et nous anéantir ; la troisième menace enfin provient de nos rapports avec les autres êtres humains. La souffrance issue de cette source nous est plus dure que toute autre » ». Cette citation freudienne résume bien les causes de la souffrance. La dernière comme le disait Freud, « *est la plus dure ...* », en ce sens qu'elle est génératrice d'affects. Les grands malentendus, des incompréhensions ou de souffrances de l'être humain, naissent de ses interactions. Surtout quand l'entourage est perçu négativement. C'est le cas de nos patients, où les croyances influencent ces perceptions. Les souffrances morales et spirituelles s'inscrivent dans les causes du rapport aux autres et aux divinités.*

3.1.10. Stigmatisation

La notion de stigmatisation dérive de stigmaté, c'est-à-dire des blessures et cicatrices. Elle signifie rejet et exclusion sociale. L'Homme passe une grande partie de sa vie sociale à batailler pour bâtir et parfois garantir son identité, en cherchant le plus souvent à donner une bonne image de lui-même. L'être humain se socialise et se civilise en respectant des normes, des règles, lesquelles lorsqu'elles sont contestées, mettent en danger ces images de l'homme civilisé. La stigmatisation est donc en tout premier lieu, un acte visant à protéger une conception, une projection, une représentation que l'être humain se fait de lui-même. On pourrait croire que c'est une réaction logique destinée à maintenir un ordre établi. C'est aussi un enjeu considérable pour la survie sociale de l'Homme : la norme a pour effet de contenir une anarchie toujours possible, potentiellement contre-productive, voire autodestructrice. Mais ce mécanisme a évolué, plus proche finalement de la démarcation, de la distinction et du tricotage des contours de l'admissible. Désormais, la stigmatisation fournit surtout le terreau

de la domination et de l'exercice du pouvoir. Elle teste la capacité de tolérance d'un groupe, d'un système social, quelquefois même sa forme et sa structure. Elle évince, produit des ruptures, celle des clivages, bride la participation à l'activité sociale, brouille les interactions de la vie quotidienne, parasite les rapports humains, entame « l'estime sociale », administre un capital considérablement revu à la baisse pour une partie conséquente des individus victimes de son processus. Toujours présente, aussi prégnante que futile, la stigmatisation est parfois légère, furtive et presque risible.

Selon E. Goffman, 1963, le stigmaté est un usage social, consciemment employé ou pas, consistant à désigner un attribut qui jette un discrédit profond. Il proposa trois catégories distinctes notamment les monstruosité du corps, les diverses difformités, les tares du caractère et les stigmates tribaux. Pour réactualiser ces propos, nous proposons de dégager les stigmates physiques et sensoriels, les stigmates cognitifs et psychologiques et les stigmates sociaux. L'auteur précise que le stigmaté n'est pas figé. Il se négocie, se cache, se révèle, selon le cheminement aléatoire des situations sociales elles-mêmes soumises aux conduites des acteurs qui les nourrissent. Il s'agit d'un processus relationnel soumis au contexte ambiant. Les identités des individus évoluant au cœur de la dramaturgie sociale font parfois que l'attribut qui stigmatise tel possesseur peut confirmer la banalité de tel autre, et par conséquent, ne porte par lui-même ni crédit, ni discrédit (Goffman, 1963). Le stigmaté ne prend donc forme que lorsque les individus sont, en présence physique immédiate, en situation face à face, partageant un même ordre interactionnel, au sein d'un contexte social commun.

Les processus de stigmatisation engagent des réalités sociales et des champs à explorer qui sont parfois radicalement différents. S'approprier une telle thématique est une initiative hasardeuse si l'on tient compte des formes multiples la qualifiant (étiquetage, désignation, discrimination, stigmatisation...)

3.1.11. Symptôme

Dans l'approche freudienne, le symptôme est l'expression symbolique d'un conflit psychique et d'un compromis entre la pulsion et la défense. Le symptôme, en tant que formation substitutive, est une forme de déguisement de la représentation, rendue acceptable pour la conscience en vue de réinvestir son champ. En formant un compromis entre désirs et interdits, le symptôme permet la satisfaction du désir sans éveiller la censure, tout en satisfaisant les exigences défensives. Cette double satisfaction explique la capacité de résistance du

symptôme car il est maintenu des deux côtés. Rappelons qu'il est formation de compromis en tant qu'il est le produit du conflit défensif ; formation substitutive dans la mesure où c'est le désir qui cherche à se satisfaire par d'autres moyens ; formation réactionnelle dans la mesure où c'est le processus défensif qui prévaut. En somme, il est une tentative échouée d'auto-guérison du sujet.

3.1.12. Synchrétisme

Ce concept traduit une tendance qui consiste à faire fusionner plusieurs doctrines différentes. C'est un mélange, une fusion d'éléments de plusieurs cultures ou de différents systèmes sociaux.

Le synchrétisme religieux consiste en une fusion de cultes ou de doctrines religieuses, c'est une tentative de conciliation de différentes croyances en une nouvelle qui ferait la synthèse (être chrétien, mais pratiquer aussi la religion ancestrale. En exemple, une personne adhère à des pratiques appartenant à plusieurs religions à la fois. Cela soulève quelques interrogations, notamment qu'est ce qui explique le fait de recourir à plusieurs croyances ? La réponse est toute simple, la majorité de la population africaine pratiquait la religion ancestrale. Les sacrifices offerts, diffèrent d'une divinité à une autre, d'une ethnie à une autre, d'un clan à un autre, voire d'une saison à une autre. En fonction du besoin exprimé, ça peut se faire spontanément ou pas. Aujourd'hui, le contour du paysage socioculturel africain a subi un énorme changement. Certaines valeurs anthropologiques, ethnologiques et mythiques ont disparue. Ce qui laisse apparaître une forme de métissage, du synchrétisme dans les pratiques religieuses. Cette façon de faire s'inscrit dans la quête du sens.

En Afrique en général et au Togo en particulier, le synchrétisme est une pratique courante constatée chez la plupart des personnes en souffrance ou pas. La religion traditionnelle est solidement ancrée dans les esprits, les comportements et même dans les méthodes éducatives. Malgré la reconversion, certaines pratiques et croyance résisterons. Cela s'explique par la peur ou l'angoisse des représailles. Selon un adage, un homme épanoui, c'est celui qui arrive à trouver un équilibre entre sa vie religieuse, sa vie professionnelle et enfin sa vie amoureuse. Les trois aspects de la vie d'une personne vont s'influencer mutuellement mais la plus dominante va s'observer dans le comportement de celui-ci. Ainsi certains feront tout, au nom de la religion, ils vont tout risquer à cause de leur foi.

A ce propos, **Mboussou et al.** (2009), trouvaient que, le contact avec les cultures occidentales et les religions importées, a désorganisé l'ensemble des structures fondamentales fonctionnelles de l'africain. Le système de vie communautaire qui fonde les cultures africaines est extrêmement morcelé. Cet état de chose a entraîné des conflits intra et inter psychique. Les voies traditionnelles de contrôle social sont progressivement désinvesties. Ce dernier non seulement aurait des difficultés à se référer à son passé culturel, mais aussi a du mal à maîtriser son présent. L'africain est coincé entre deux cultures, dont l'une qu'il a du mal à maîtriser et l'autre qui le hante avec des fantasmes et imagos. En étant coincé entre d'une part, traditions et modernité, et d'autre part entre les croyances issues des religions d'origines et celles importées. Le sujet africain malade, est bloqué dans cette pratique de syncrétisme.

Pour Tonda J. (2001), il y a un pluralisme « éclaté », du champ des médecines où s'affrontent et se combinent à la fois diverses légitimités. Malheureusement cela fait émerger des conflits d'identité caractéristiques d'un contexte de précarités identitaires.

Au Togo, un courant religieux va voir le jour dans les années 2000 où vont se développer des églises dites « charismatiques », « gbobgomé church » en éwé issue de l'héritage du protestantisme, transformant ainsi les lieux de cultes, en lieux de soins de tous les maux. Dans ces églises, on peut retrouver toutes les couches sociales, riches, classes moyennes et les pauvres. Mais en fonction du genre, les femmes sont majoritaires. Cela explique leur implication au sein de la cellule familiale et parfois du fait qu'elles soient mises à l'écart de certains faits socioculturels, donc elles recherchaient un soutien.

Cette cohabitation ou syncrétisme est parfois source d'angoisse. Dans nos pratiques quotidiennes en clinique, nous avons rencontré beaucoup de patients dont l'origine du conflit psychique est due à cette pratique syncrétique. Certains patients sont aussi victimes de leur croyance. Il émerge des tensions psychiques entre leur croyance traditionnelle et celle issues des religions importées. En exemple, un patient, qui au départ se sentait persécuté dans sa religion d'origine, éprouve un sentiment de culpabilité à la suite de sa reconversion. C'est-à-dire, le sujet passe de la persécution à la culpabilité²⁶. Nous relevons également un abus émotionnel et psychologique, voir une maltraitance à la suite de ces croyances.

²⁶ Zempleni A. (1975) « De la persécution à la culpabilité », In Piault C(éd). *Prophétisme et Thérapeutique*. Albert Atcho et la Communauté de Bregbo. Paris : Hermann, coll. « Savoir », 1975 : 153-218

Abus émotionnel et psychologique

Il est question ici des comportements ou attitudes humiliant, rabaissant ou des menaces proliférées à l'égard de la personne malade et quelque fois à l'endroit de ses proches. C'est aussi une part de violence morale, à des abus émotionnels. Il s'agit d'attaques verbales, de menaces, d'harcèlements et de critiques constantes, l'intimidation et la manipulation. L'abus émotionnel est utilisé dans un seul but, celui de contrôler et de dominer la personne souffrante.

Exemple : on traite le patient soit avec des mots de délinquant « gbevouvi », de paresseux « kuvi » et « fentu »; de sorcier « azeto » et « ifelu », de monstre, de fou, de raillerie. La personne se voit attribuer un nom très péjoratif.

Maltraitance physique

On constate très fréquemment, les maltraitances sur les personnes souffrant de troubles mentaux. Parmi celles-ci, nous pouvons citer la privation dans l'alimentation, des interdits de tout genre, la violence physique, le non-respect de l'intimité du patient, l'usage des contentions et le maintien des patients à l'isolement.

En exemple : le patient est enfermé à double tour dans une chambre sans lumière, ou il est plutôt attaché à un arbre, on demande au patient de regarder le soleil ou de se mettre à genoux, il n'a pas droit de s'énerver, ni de faire comme les autres.

Le syncrétisme non seulement peut être la source de l'angoisse qui tétanise et bloque le patient dans sa reconstruction narcissique, mais engendre aussi des attitudes et actions stigmatisant.

3.1.13. Vécu

Pour Sillamy (1983), parler du vécu psychologique de la maladie revient avant tout à parler de la problématique de son sens. En effet, c'est le sens que l'on attribue ou donne à sa maladie qui va entraîner des conduites conscientes ou inconscientes, normales ou pathologiques.

D'après Mincospsy E., (2013), le vécu psychologique est lié au temps, qu'il considère comme l'élan vital. Ce facteur semble selon l'auteur, créer l'avenir et le constituer en devenir irréversible. Or dans la souffrance psychique, le patient semble avoir perdu son élan vital.

Le vécu des patients semble lié à la réduction de l'horizon temporelle, l'anticipation négative de l'avenir et la réduction de l'espace.

Dans la réduction de l'espace temporel, le sujet vit dans le présent et n'a aucune considération pour l'avenir ou le passé. Sa préoccupation porte exclusivement sur les événements actuels et il est incapable de se projeter dans le temps pour prévoir ou se souvenir.

Quelquefois, le malade ressent l'avenir comme menaçant et porteur d'événements pénibles pour lui ; c'est une anticipation négative. C'est l'appréhension du pire. Le malade pense qu'avec le temps, sa maladie va s'aggraver et conduire à l'effondrement total du narcissisme. Partant de là, on relève la peur de ne plus avoir les mêmes considérations (menace de perte du statut social). Tous les espaces vitaux du patient sont envahis par des symboles de sa souffrance.

Dans le cadre de cette étude, le vécu semble lié pas seulement à la perception des symptômes, mais aussi à la chronicité de la maladie. Entendu par vécu, l'ensemble des ressentis, des phénomènes qui découlent dans le temps et qui contiennent des souvenirs du passé, des désirs et des espoirs. La perte de l'élan vital semble entraîner un ralentissement psychique. Le vécu semble impérativement lié à la variable du temps, qui détermine la durée de la douleur psychique.

3.2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

En psychopathologie, la question d'empêchement ou d'enfermement psychique fut abordée par très peu d'auteurs. La problématique de l'empêchement en psychopathologie, fut évoquée d'abord par Freud (1926), et repris plus tard par Lacan (1962). Quelques années plus tard d'autres auteurs reprendront les écrits de ces deux grands psychanalystes. Il n'existe pas d'étude réalisée dans le champ de l'interculturalité.

3.2.1. Empêchement ou enfermement psychique du point de vue psychanalytique et psychopathologie

Il s'agit avant tout des travaux de Freud en passant par ceux de son disciple Lacan. Autour des travaux de ces deux grands auteurs, graviteront des recherches soit pour tenter d'expliquer, soit pour s'appuyer et parler de la notion du symptôme, de l'angoisse, ou autre. L'empêchement est un concept qui fait partie de la trilogie dialectique de Freud : inhibition, angoisse et symptôme.

Freud S. (1926), l'un des pionniers et premier à aborder la question d'empêchement en psychopathologie. Dans son ouvrage intitulé *Inhibition Symptôme et Angoisse*, publié en 1926, il fait d'abord une distinction entre inhibition et symptôme. Pour lui, l'inhibition « *se rapporte plutôt à la fonction du moi* ». C'est-à-dire que l'inhibition donne un aperçu sur l'activité du moi, et ne peut pas directement impliquer la notion de « *pathologie* ». Contrairement au « *symptôme* » qui est l'équivalent et indicateur de processus pathologique. Lorsqu'il y a modification à la suite d'une diminution inhabituelle de la fonction du moi, l'inhibition peut donc devenir synonyme de symptôme, donc pathologique dans ce cas. La modification fait état d'une souffrance, de l'impuissance du moi qui s'exprime par un nouveau type de fonctionnement. Freud, dans l'évaluation des fonctions du moi, a observé les formes que revêt leur perturbation. Il distingua quatre types d'inhibition suite à la comparaison des fonctions sexuelles, l'alimentation, la locomotion et le travail professionnel.

Pour l'auteur, la fonction sexuelle est sujette à de diverses perturbations, regroupée sous l'appellation « *d'impuissance psychique* ». D'après Freud, les inhibitions s'établissent chez l'Homme, soit à travers le détournement de la libido au début du processus et se manifeste en termes de déplaisir psychique, de dégoût ; les conditions physiques préalables sont irréalisables avec pour indicateur l'absence d'érection ou l'acte est abrégé, c'est-à-dire l'éjaculation précoce, ou suspendu pour parler d'absence d'éjaculation ; l'effet psychique ne se produit pas, c'est-à-dire absence d'orgasme. Il apparaît clairement que l'inhibition fait barrage

à la libido ou à l'acte sexuel lui-même. Pour Freud, beaucoup d'inhibitions sont manifestement des renoncements à une fonction motivée par le fait que son accomplissement provoquerait le développement d'une angoisse. C'est donc dans un but bien précis, celui d'éviter à tout prix le déplaisir. Il est donc clair que le moi inhibé utilise plusieurs procédés pour perturber sa propre fonction, simplement par le détournement de la libido, par la détérioration de l'exécution de la fonction, ou encore que l'exécution soit rendue plus difficile par des conditions particulières et modifiée par sa déviation vers d'autres buts, ou qu'elle soit empêchée par mesure de précaution, ou qu'elle soit interrompue par le développement d'angoisse après l'avoir déjà commencé, ou encore si malgré tout si la fonction venait à être accomplie, qu'une réaction se produise en guise de protestation pour défaire ce qui est devenu.

A propos de la fonction alimentaire, la perturbation c'est-à-dire l'inhibition se traduit par l'inappétence par retrait de la libido. Le sujet n'a plus ou n'éprouve pas l'envie de manger. C'est le cas par exemple de l'anorexie. Ou au contraire c'est plutôt une intensification trop importante de l'appétit, qui peut faire suite à l'angoisse d'inanition (Freud). C'est le cas dans les troubles boulimiques où le sujet est à vide de nourritures, pour combler le vide. Freud rattache le symptôme de vomissement aux défenses hystériques. D'autres cas de perturbations émanant de l'inhibition sont observés, par exemple le refus de nourriture rencontré dans certains états psychotiques. L'angoisse peut entraîner dans ce cas précis le délire d'empoisonnement.

Dans la locomotion, il s'agit pour Freud essentiellement des inhibitions qui provoquent la paralysie motrice, la faiblesse motrice, ou par une abasie qui se traduit par une impossibilité partielle ou totale de marcher en l'absence de troubles musculaires. On rencontre cette forme d'inhibition dans les conversions hystériques.

Freud décrit l'inhibition au travail comme perturbation qui peut affecter, soit dans l'exécution des tâches, faire l'objet d'un traitement pour un symptôme isolé, par une diminution du plaisir à travailler, ou parfois par des phénomènes réactionnels comme la fatigue, la paralysie des organes impliqués dans l'exécution d'une tâche.

Pour donner suite à ces différentes perturbations, Freud conclut au sujet des inhibitions qu'elles sont plutôt une limitation des fonctions du moi, soit par mesures de précautions, soit à la suite d'un appauvrissement en énergie. Ce qui sous-entend que l'inhibition se passe à l'intérieur de l'instance du Moi. Quant au symptôme, il provient plutôt de la motion pulsionnelle frappée par le refoulement. Ce dernier, comme le rappelle Freud, est provoqué par l'angoisse. Le symptôme reste le signe et le substitut d'une satisfaction pulsionnelle qui en

réalité n'a pas eu lieu car empêchée. Il est donc le résultat du processus de refoulement. Or il vient du Moi qui refuse sur ordre du Surmoi de coopérer à un investissement pulsionnel (Ça). Etant donné que les motions désagréables ont été empêchées de parvenir à la conscience, elles subiront une transformation en formations inconscientes : « *symptômes* ».

Lacan J. (1962), grand disciple de Freud, s'éloigne de son maître, lors de son dixième séminaire portant sur l'angoisse. Revenant sur les travaux de Freud, Inhibition, symptôme et angoisse, il énonce clairement pour la première fois son désaccord. Il ne s'agit pas ici de faire une démonstration des positions lacaniennes vis à de Freud, mais de nous appuyer de ses points de vue comme références. En effet, il a mis en place un tableau à double entrée où se croisent les mots dont se compose le titre du livre de Freud.

	Difficulté		
		→	
	Inhibition	Empêchement	Embarras
Mouvement	Emotion	Symptômes	Passage à l'acte
	↓	Acting out	Angoisse

Lacan part de la notion d'affect déjà évoqué par Freud. L'angoisse, selon l'auteur, exprime quelque chose de suspendu entre le désir et l'identification narcissique. Il trouve que l'inhibition n'est pas que simplement un problème de locomotion comme chez Freud. Il ajoute aux concepts freudiens, la notion de difficulté, c'est-à-dire qu'il perçoit l'inhibition comme un empêchement. Et donc être empêché, c'est un symptôme, « *Ça signifie être pris au piège* ». C'est pourquoi lorsqu'on se réfère au tableau, l'empêchement se trouve dans la même colonne du symptôme, c'est le devenir. Le piège selon l'auteur c'est « *la capture narcissique* », qui génère des limites introduites dans tout ce qui peut s'investir dans l'objet.

Pour aller encore plus loin, Lacan introduit le terme « embarras », qu'il qualifie d'ailleurs « le beau terme », pour ainsi dire la « barre », issue du vécu. Donc la dimension difficulté, part de l'inhibition, à l'empêchement pour aboutir à « *l'embarras* », c'est-à-dire à la difficulté la plus profonde selon l'auteur.

Quant à ce qui est de la dimension mouvement, de l'empêchement on descend vers le symptôme, qui se situe au même niveau que l'émotion, qui sous-entend « *jeter hors* », qui traduit, comme le disait l'auteur, la « *réaction catastrophique* », qu'il s'assimile à l'angoisse.

Lacan finit par introduire le concept « *émoi* » dans son tableau, qui signifie « *se troubler* », le plus profond dans la dimension du mouvement. Emoi pour parler des effervescences ou agitations pulsionnelles. L'émoi est un trouble, une chute de puissance qui fait suite à un « *appel au désordre* ».

Les travaux de Lacan malgré des formulations parfois paradoxales, ont un grand intérêt, quant à la notion d'empêchement, qui traduit la perturbation économique dans l'appareil psychique. C'est une paralysie narcissique. L'empêchement tout comme l'inhibition traduit le symptôme, symbole d'un dysfonctionnement narcissique, difficulté à investir dans un objet. L'empêchement apparaît alors comme une barrière. L'angoisse, pour l'auteur, est issue des exigences pulsionnelles, qui sont constamment croissantes devant lesquelles le moi est état de détresse.

Tisseron S. (1992), à travers son ouvrage intitulé : *la Honte, Psychanalyse d'un lien social*, décrit comment derrière cet affect, travestissent divergents sentiments « *comme la résignation, la confusion, la culpabilité...* ». Pour l'auteur, elle est paralysante et déstructurante, car freine le sujet dans ses actions. La honte étant une émotion pouvant se transformer en un sentiment. Quand elle perdure, elle est ressentie devant les situations comme la maladie mentale particulièrement à cause des symptômes qui exposent l'intimité, la vie privée de l'individu atteint et/ou sa famille. En situation de « honte », les liens sociaux, ou les interactions de l'individu sont très limitées, réduites ou quasiment nulles. Il se sentira éloigné des autres, rejeté et isolé, il va s'auto dévaluer et se culpabiliser. Cela va entraîner une déconstruction de l'identité individuelle et sociale. L'enfermement ici résulte du sentiment de « honte ». L'auteur évoque tout de même des « hontes positives » qu'il qualifie de « structurantes ».

Stryckman N. (2001), dans son article *Symptômes, maladie et santé mentale*, à travers une série de définitions portant sur le symptôme, la santé, découvre que la survenue du danger est liée à l'empêchement. Pour l'auteur citant Freud, quand une pulsion succombe au refoulement, ses éléments libidinaux se transforment en symptôme tandis que ses éléments agressifs se transforment en culpabilité. Il s'en est suivi que le symptôme soit le rejeton de l'inconscient. Il a un sens, parle et dit la vérité inconsciente chez Freud. Pour Lacan, le symptôme a une pluralité de causes, mais insiste beaucoup sur sa fonction signifiante.

Vidal J-P. (2002), en prenant l'exemple de l'autisme, trouve que c'est un empêchement de la pensée, du moment où celle-ci aiderait à établir des liens avec les autres. Il va de ce pas parler

de cet empêchement comme « une cécité mentale, signe de l'impossibilité, qui quant à elle, résulterait de l'abolition des capacités fondamentales à établir des liens ». C'est une sorte d'aveuglement des processus mentaux. Le sujet ne peut plus repérer, ou supposer l'existence de ceux-ci, c'est-à-dire les « *pensées, les croyances, le savoir, les désirs, les intentions qui sont en quelques sorte la base des comportements* ». L'auteur a contribué à travers ce travail de recherche, d'établir le lien entre processus mentaux, gage fondamental au processus d'élaboration, de mentalisation et les qualités des interactions intersubjectives.

Ayant abordé l'embolie psychique que dans le cadre de l'autisme, notre recherche s'inscrit dans le cadre beaucoup plus large de l'empêchement en post-hospitalisation des victimes de trouble psychique.

Pour **Duverger P. et Al. (2005)**, l'enfermement serait alors à situer du côté de la rupture des liens, depuis l'incommunicable, l'indicible, jusqu'à la désolation en passant peut-être à chaque fois par un moment prolongé de déliaison psychique. Pour les auteurs, cela ne ressort pas d'un choix ; s'enfermer (ou être enfermé), c'est le fait d'une contrainte, autrement dit, on est enfermé quand on n'a pas le choix et qu'on ne peut rien en dire. L'errance est un équivalent de l'enfermement car cette dernière serait le reflet d'une « absence de confiance en l'objet et en l'environnement : véritable « a-fiance » qui masque en fait une méfiance, voire une paranoïa ».

Balestrière L. (2006), Le symptôme ou malaise informe, identifie trois lieux symptomatiques de l'empêchement, représentés par le corps dans l'hystérie, la pensée avec les obsessions et l'objet avec la phobie. L'auteur considère les névroses actuelles comme résultantes de l'empêchement à l'élaboration psychique. L'insatisfaction provoque une accumulation des excitations qui finissent à leur tour par se transformer en angoisse. Citant Freud : « *...Les névroses d'angoisse sont issues des facteurs qui empêchent l'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique* », Balestrière évoque la situation du Moi, comme étant le lieu d'élaboration pulsionnelle. De par sa nature, cette instance est exposée à une triple servitude car soumis à la menace d'un triple danger : exigence du monde extérieur, les exigences pulsionnelles du ça (libido) et enfin la férocité du surmoi. Face à ces sollicitations, le moi finit par être dépassé, étouffé, créant une angoisse d'annihilation.

Bernard N (2006), à travers sa communication présentée au colloque : lettre lacanienne, lectures plurielles, à Lyon en en Juin 2006, souligne que l'empêchement serait la traduction

d'un symptôme. Il s'agit alors d'un affect piégé dans l'investissement narcissique du phallus, et ne pouvant soutenir celui-ci comme manque, mais symboliserait l'angoisse de castration. L'embarras se noue par conséquent à la division du sujet.

Gérard, C. (2009), trouve que la notion d'inhibition renvoie aux conceptions freudiennes. Selon l'auteur, c'est une sorte de renoncement mettant au premier plan une fonction du moi et faisant l'économie d'un conflit ou évitant les conséquences des processus de refoulement.

Lalvée B. (2010), « Un Homme-Symptôme, Passion de l'être », lettre en souffrance, à partir d'un cas clinique suivi depuis trois ans, décrit une situation d'empêchement. Il s'agit d'une femme de 35 ans souffrant du syndrome de l'homme impossible, constate que la maladie avait créé un effet de coupure. En effet elle est vécue comme une sorte de castration vis-à-vis du corps, une entorse aux pulsions libidinales. La fixation passionnelle adoptée par sa patiente tient lieu à une armature psychique ou à une barrière infranchissable. L'empêchement apparaît comme une forme de protection, pour éviter à tout prix l'angoisse de séparation ou de perte à l'objet de désir. Dans ce cas précis, le symptôme signe un mode de jouissance.

Noël, D. (2010), *Le symptôme dans tous ses états*, s'appuyant sur les écrits de Freud et Lacan, voit à travers le symptôme, un empêchement mais qu'il considère comme signe linguistique, comme une métaphore et comme lieu de jouissance.

Haie B. (2010), *De l'angoisse au symptôme*, décrit le surgissement de l'angoisse au moment de coupure, d'abandon de l'objet. Pour l'auteur, la rupture est interne et concerne le sujet et ses enveloppes contenantes. L'empêchement révèle l'existence d'un manque, d'un vide dont le sujet n'arrive pas à mettre les mots dessus. Avec l'angoisse, l'affect est là, il est bel et bien ressenti. En revanche, le moi va refouler les signifiants qui s'y attachent. L'affect est séparé du signifiant. Cela se traduit par des préoccupations, car le sujet est perturbé. Le manque fait surgir une angoisse qui pousse le sujet à aller consulter.

Moussa Nabati, 2010, *le bonheur d'être soi*, les pathologies psychiques entraînent une double rupture notamment rupture avec soi, et rupture avec les autres. Être soi signifie s'aimer, s'accepter, se respecter tel qu'on est, dans son corps, son âge et son sexe, en jouissant notamment d'un psychisme séparé, différencié, autonome, dégagé des confusions d'identités, de places et de fonctions ainsi que des dépendances parasitaires. Être soi signifie pouvoir

ressentir, penser, choisir, désirer, décider, s'exprimer en son propre nom, pour son compte propre et de sa place, en étant conscient des enjeux et des responsabilités ; bref c'est d'arriver à trouver l'harmonie malgré tout et la seconde rupture avec l'extérieur, difficultés à vivre avec les autres à cause de la perturbation de l'estime de soi, des préjugés sociaux suite à la maladie, rupture avec la culture, et enfin les croyances. Les symptômes lors du déclenchement de la maladie laissent les images de soi parfois clivant malgré le temps. Ces images sont quelque fois à l'origine de discrimination et de stigmatisation faites à l'endroit des personnes touchées par la maladie

Cherki A. (2012), dans son article portant sur *Exclusion et empêchement subjectif*, évoque la problématique de l'empêchement subjectif comme conséquence de l'exclusion à un niveau collectif. Elle trouve que l'amaigrissement des capacités de refoulement et de représentation de soi, font suite aux « *figures de l'empêchement* ». Car il apparaît dans ce processus un « *l'enkystement et le clivage* », qui réduisent les possibilités dans les réactions du sujet. La souffrance psychique selon l'auteur, fait suite à la monstruosité de la nature, à la caducité du corps et à l'insuffisance des régulations des rapports humains. Celle-ci va se traduire par une impossibilité à penser et à se projeter par suite aux rencontres. La conséquence sera donc le sentiment de vide intérieur et l'inhibition avec empêchement de l'activité à penser. Même si son travail traite de la question de l'exclusion dans un contexte d'exil, Cherki montre clairement comment l'empêchement subjectif peut se traduire en errance psychique, décrivant ainsi la notion d'enfermement. Des cas de désubjectivation ne relèvent plus de l'empêchement subjectif, mais résultent plutôt du « *sentiment de vide intérieur des oripeaux de croyances anoblies* ».

Gorog J-J. (2013), *L'affect en acte*, présentait l'inhibition, l'émoi, l'émotion, l'empêchement, l'embarras et l'angoisse comme des affects. Pour lui, ceux-ci, peuvent laisser dans le sujet, paralysé et sidéré. En d'autres termes, l'inhibition est synonyme d'empêchement, et se définirait comme : « *un refus de cesser de penser pour agir* ».

Assoun P-L. (2013), *La jouissance entravée*, part du concept général en donnant le sens et la signification du verbe « empêcher » pour aboutir à la clinique de l'empêchement. Pour lui, « empêcher » signifie entraver avant devenir embarrasser. Dans l'empêchement, ça part de l'entrave à l'assujettissement du sujet. Ce dernier vit sous l'esclavage ou sous contraintes. Et de ce fait, le moi dans son fonctionnement est limité, car ressent une barrière à sa sphère

d'action. Ce qui d'ailleurs explique le rétrécissement du rapport au monde, c'est-à-dire pauvreté, diminution voire rareté des interactions. L'auteur va par la suite montrer que le rapport entre l'inhibition et l'angoisse, c'est l'empêchement. Pour lui, « *le sujet angoissé est en effet mortellement empêché* », car celle-ci (angoisse) « *fait barrage à la vie* ». Considérant le symptôme comme un empêchement institué, l'auteur montre par-là qu'il est l'expression d'un conflit. Pour parler de la clinique de l'empêchement, l'auteur évoque les problèmes de la phobie comme la vie empêchée, car « *hypothéquée par ce danger inséparablement externe et interne* ». Pour lui « *la phobie est la pratique d'empêchement* ». « Perversion et masochisme » seraient pour l'auteur « le comble de l'empêchement » à cause bien entendu de leur caractère intrinsèque à la jouissance. Dans les états dépressifs, on constate une certaine inhibition, le sujet est recroquevillé sur lui-même, une sorte de suspension, « *l'être même du sujet se trouve suspendu* ». Pour finir l'auteur, évoque le contre-pied, « *si l'empêchement est aliénation, confiscation des potentialités du sujet, c'est aussi de fait, une intensification de la subjectivité* ». L'empêchement peut amener le sujet à renouer les liens avec lui-même, à rétablir des connexions intrapsychiques. Il va conclure son travail en évoquant le travail cure d'analyse comme un « *désempêchement* ».

Assoun P-L (2014), dans un autre article, *L'infranchissable Rubicon*, reconnaît l'inhibition comme « *précurseur sombre* » de l'angoisse et suppléance anticipée du symptôme. En même temps qu'elle empêche, elle est aussi indicatrice de « l'angoisse et le signal discret de l'institution du symptôme ». L'empêchement ou l'inhibition est le « *pré signal* » de l'angoisse. Pour l'auteur, la fonction inhibitrice dénote « *le premier acte du nuage du double drame, du symptôme et de l'angoisse* ». Il voit à travers elle l'implication du moi, mais que ce dernier reste au cœur de « *démêlés décisifs avec ses partenaires* », c'est à dire le ça et le surmoi, « *en sorte que le dit moi semble cadencé par une double altérité interne, démonique et policière* ». L'empêchement est un « *acte de renoncement pulsionnel, soit un renoncement du moi à l'une ou à plusieurs de ses fonctions, éprouvées comme dangereuses en tant que moyen de jouissance du ça* ». L'auteur, trouve certes que l'empêchement réduit le sujet à l'inaction, ou un freinage dans ses possibilités et actions, mais peut toutefois signer un « *évitement* » et amener à une réorganisation de son fonctionnement, en quelque sorte faire appel aux fonctions d'adaptation et de rééquilibrage.

Quiceno L.G.G. (2015), dans ses travaux en thèse de doctorat, *Le sujet et son rapport au manque chez Freud, Lacan et maître Eckhart*, part du constat de la notion du manque en

montrant que ce concept est inhérent à la condition humaine. Les difficultés issues du manque déclenchent chez le sujet une souffrance qui l'arrête dans son cheminement. Le manque actuel associé au refoulé des conflits passés, va submerger le sujet en limitant ainsi son espace de confort, et ses possibilités d'action. Le manque traduit le sentiment de vide, de trou, et donc va provoquer une perturbation qui prendra la forme du symptôme.

Maïdi H., (2015), à travers le cas Daniel, (p.187-211) : décrit le vécu négatif de la souffrance. Ce cas illustre bien les sentiments de persécution, d'oppression, exprimé par le patient vis-à-vis de sa maladie. L'auteur évoque également comment le sujet en souffrance anticipe négativement son avenir, la peur de l'avenir marqué par l'intensification de l'angoisse. Daniel n'exprime pas seulement sa souffrance vis-à-vis de sa pathologie, mais aussi celle de sa transformation.

Adansikou K.et al. 2017, Influence de la religion dans la somatisation dépressive en Afrique, ont trouvé que la somatisation est le mode préférentiel d'expression de la souffrance dépressive chez le sujet africain. Cependant l'investissement d'un organe est lié au nombre d'années de pratique religieuse et au sexe. Par cette étude on voit un empêchement culturel qui va s'exprimer à travers le corps. Il y a une sorte d'abolition des capacités de mentalisation chez le sujet qui somatise.

Les croyances et représentations ont tendance à mettre l'homme dans une situation de passivité, de fatalité voire d'enfermement.

3.2.2. L'enfermement : du point de vue philosophique, sociologique et psychiatrique

Ici, il est question des travaux qui ont porté sur l'enfermement dans un contexte réducteur et aliéniste.

Foucault M., fut l'un des auteurs à consacrer la plupart de ses travaux à la question de l'enfermement, de la maladie mentale « folie », les normes sociales qui justifient l'existence de deux catégories sociales, les normaux et les anormaux. Il permet ainsi de faire la lumière sur le rapport qui existe entre le savoir et le pouvoir. Pour l'auteur, la maladie mentale apparaît constamment en liaison avec la raison, les normes sociales, les lois. Le malade à travers les symptômes apparaît comme une figure de l'incertitude, ce visage de ténèbres, un appel de la pulsion que la raison s'efforce de vaincre.

A travers, *surveiller et punir, la naissance de la prison*, 1975, il retrace l'extrême ambiguïté qui caractérisait l'attitude de toutes les sociétés et de toutes les cultures vis-à-vis des

personnes en souffrance psychique qui malheureusement subissent un traitement tragique : « on les chasse ou les exhibe comme l'image de ce qui menace chacun, soit elles sont enfermées et privées de tous les droits, soit au contraire, on leur donnait la parole là où elle avait été retirée aux autres ».

Goffman E. (1961), *Asile*, l'une de ses célèbres études réalisées en 1961, où il décrit la misère, les contraintes et restrictions spatiales, psychiques auxquelles sont soumis les patients. Les institutions psychiatriques sont totales et englobantes : coupure totale avec le monde extérieur à l'aide des obstacles matériels (murs, grillages, barbelés.), le contact très limité entre les « reclus et le personnel », et l'effacement des frontières entre les différents champs de la vie quotidienne. Ces nouvelles conditions sociales inhumaines entraînent l'effondrement de leur identité sociale chez les patients.

Jaccard R. (1979), dans son ouvrage intitulé *la folie*, fait la synthèse des enjeux psychiatriques, sociologiques, philosophiques et politiques de la « folie ». Il n'hésite d'ailleurs pas à critiquer la position de la psychiatrie face à la folie. Pour lui, elle est une « discipline qui ressemble davantage à la religion ou à la politique qu'à la science ». La folie traduirait un « problème » plutôt qu'un « fait » ou une « entité naturelle ». Le rejet social dont font objet les malades mentaux, traduit en quelque sorte les perceptions humaines de la folie qui selon l'auteur : « est pour chacun de nous une tentation et un danger permanents, et si elle nous effraye tant chez autrui, c'est sans doute qu'elle réactive notre propre refoulé ». Aussi la symptomatologie de « la maladie mentale » va à l'encontre des normes sociales.

Diederich N. (2004), sociologue de formation, à travers son livre, *les naufragés de l'intelligence*, s'insurge contre ce qu'elle appelle injustice et l'inégalité. Pour elle, le diagnostic tient lieu de désignation, d'étiquetage, de stigmatisation qui ne s'effacera jamais, car la personne désignée peine à s'en remettre vue les préjugés sociaux qui engendrent l'exclusion sociale, l'isolement, la vulnérabilité psychique et la carence affective.

Duez B. (2005), L'enfermement et les issues de l'indécidabilité, il décrit une forme d'enfermement à travers les rites de passage, qui isolent les adolescents, avec de rudes épreuves non seulement pour les concernés mais aussi et surtout celle de leur famille (mères). L'enfermement et l'asile deviennent de ce fait une solution fiable qui protège du retour de l'intrus, de l'étranger et de l'inquiétant pour décliner quelques grandes formes de peurs ancestrales qui ressurgissent lors des grandes et petites mutations de l'économie psychique sociale.

Gouvernet C. (2015), Expériences plurielles de l'enfermement : entre rejet et reprise de contrôle, décrit un vécu difficile de l'enfermement, cela s'explique selon elle par une diversité de symptômes physiques et psychiques suite à l'incarcération. Il n'est plus à démontrer l'image négative et mortificatoire de la prison. Les détenus, les surveillants et les travailleurs sociaux partagent les mêmes inquiétudes, les mêmes angoisses et peurs. Ils se sentent tous enfermés. Ils partagent les mêmes rituels selon le fonctionnement de l'administration carcérale. Chacun a peur de l'autre. La promiscuité reste difficile rendant ainsi les relations interpersonnelles tendues et problématiques.

Chérifa Sder et al. (2015), De la discrimination à l'exclusion de la personne désignée comme malade mentale en Algérie, évoquent la situation des malades mentaux en Algérie. Pour l'auteur, aux regards des normes sociales, l'expérience de la folie est stigmatisant. Entendu par « folie » ici, toute forme de trouble psychique dont les symptômes toucheraient la raison, la cohérence et la dimension comportementale. Le malade mental est perçu comme un être dangereux, voire violent. C'est un cliché réducteur de qui lui confère une fausse identité et le rend plus vulnérable à l'exclusion sociale. Outre sa pathologie, le patient subit une maltraitance sociale. Il en résulte parfois un fort sentiment de honte et d'auto-stigmatisation de soi. L'enfermement apparaît ici comme conséquence des perceptions sociales des troubles psychiques.

3.2.3. Synthèse des travaux

Certains auteurs comme Freud, décrivent l'empêchement comme un frein. Ce qui s'inscrit dans la fonction du moi, avec pour objectif d'éviter ou de bloquer à tout prix le danger du déplaisir.

D'autres, en l'occurrence Lacan et les pros lacaniens, conçoivent l'empêchement comme une barrière, une entrave ou entorse qui fait barrage au sujet. Il s'installe alors une sorte de gêne et d'embarras. L'empêchement est perçu comme un affect qui malheureusement est coupé du signifiant.

Assoun P-L, sans prendre position, fait la synthèse de Freud et Lacan, à propos de l'empêchement. L'empêchement paraît synonyme de l'inhibition, et traduirait l'entrave et à l'assujettissement du sujet. Il s'agit d'une confiscation de l'énergie psychique, d'une abolie de la libido.

Le point commun entre tous ces auteurs, l'empêchement est rattaché à la notion de l'inhibition, au symptôme ou encore à l'angoisse.

Nous avons aussi d'autre part la question d'influence des facteurs socioculturels (Adansikou et al), dans la manifestation symptomatologique.

Mais dans le deuxième point, les études montrent que les personnes souffrant des troubles psychiques non seulement elles se sentent rejetées et isolées, mais aussi sont victimes de la stigmatisation. Cela s'explique par le fait que les préjugés sociaux vont entraîner un sentiment de honte, amener à une inobservance thérapeutique. D'ailleurs le sentiment de honte, de culpabilité nuit le traitement. La honte empêche la personne de prendre, de respecter ou encore de suivre correctement les soins. La problématique de l'enfermement est au carrefour du rapport entre le savoir et le pouvoir. Il semblerait que les images dévalorisantes que les patients ont d'eux-mêmes, est la conséquence des préjugés sociaux. Lesquels non seulement dénaturent l'identité, mais contribuent à l'effondrement narcissique.

Toutes ces études n'abordent pas le problème sous l'angle d'influence des facteurs environnementaux d'ordre socioculturels en rapport avec la notion d'empêchement ou d'enfermement psychique.

3.3. Cadre théorique

Ce travail s'inscrit dans le courant psychanalytique de l'organisation fonctionnelle de la personnalité (Sigmund Freud) et la théorie de la psychologie dynamique africaine (Ibrahim Sow). L'Homme, est sans cesse confronté à toute sorte de situations ou d'évènements au cours de la vie. Parmi ceux-ci, il y a la souffrance en générale et le trouble psychique en particulier qui entraînent des changements dans les comportements ou conduites. L'empêchement ou l'enfermement psychique rime bien avec les ressentis, les émotions, et divers genres de blocage du sujet vis-à-vis des situations incluant les autres, c'est-à-dire ses semblables. Le champ de la psychologie clinique et de la psychopathologie n'est complet que si on prend l'homme dans sa totalité, avec ses croyances, sa culture et ses traditions qui exercent une influence sur son devenir. L'empêchement ou l'enfermement psychique trouverait ses racines dans le dysfonctionnement des liens et des interactions de l'homme avec son environnement physique, social, culturel et psychique. Le développement du psychisme dépendrait, selon Freud, des conflits issus des interactions internes et externes. L'empêchement symboliserait soit l'existence ou soit serait le devenir d'un conflit. Or la notion du conflit est liée à celle de l'angoisse. Cette dernière peut être un facteur perturbateur ou stimulateur des actions et fonctionnement du sujet. L'angoisse pousse ce dernier soit dans une réactivité de retranchement, d'aliénation, d'abandon, traduisant un dysfonctionnement, ou un empêchement donc manifestement un symptôme. Pour ce faire, nous avons choisi de clôturer cette partie théorique en nous plongeant un peu dans la théorie de l'angoisse selon deux approches, celle freudienne et lacanienne.

3.2.1. Organisation fonctionnelle de la personnalité selon Freud

Sigmund Freud expose l'organisation fonctionnelle de la personnalité sous trois angles ou points de vue : point de vue dynamique, point de vue topique et point de vue économique. Ces différents points de vue élucident bien entendu la genèse de la souffrance psychique en offrant par la même occasion des portes d'intervention thérapeutique. Il existerait certains facteurs comme le code génétique, l'expérience de naissance, la famille, l'éducation, la culture et l'environnement social, tout comme la couche sociale, les pairs et les médias qui influenceraient la construction des traits de la personnalité (Bodenmann G., 2007). Dans la plupart des sociétés, la culture est le facteur le plus déterminant à cause de son omniprésence dans tous les secteurs de l'existence. Entendu ici par culture « l'ensemble des usages, des

coutumes, des manifestations artistiques, religieuses, intellectuelles qui définissent et distinguent un groupe, une société ». Ou bien encore c'est « ensemble de convictions partagées, des manières de voir et de faire qui orientent plus ou moins consciemment ou inconsciemment le comportement d'un individu » (Petit Larousse, 2004). Cela sous-entend que c'est un ensemble cohérent dont les éléments sont interdépendants, imprégnant par conséquent l'ensemble des activités humaines, et pour finir est transmise de génération en génération. C'est un héritage social.

Du point de vue topique : Freud expose l'organisation de la personnalité de façon spatiale. Après avoir conçu la première topique en trois zones : notamment l'inconscient (soma, besoin biologique et processus primaire), le préconscient (comme lieu de stockage) et le conscient (comme système perceptif et d'enregistrement), il va procéder à son remaniement donnant lieu à la deuxième topique :

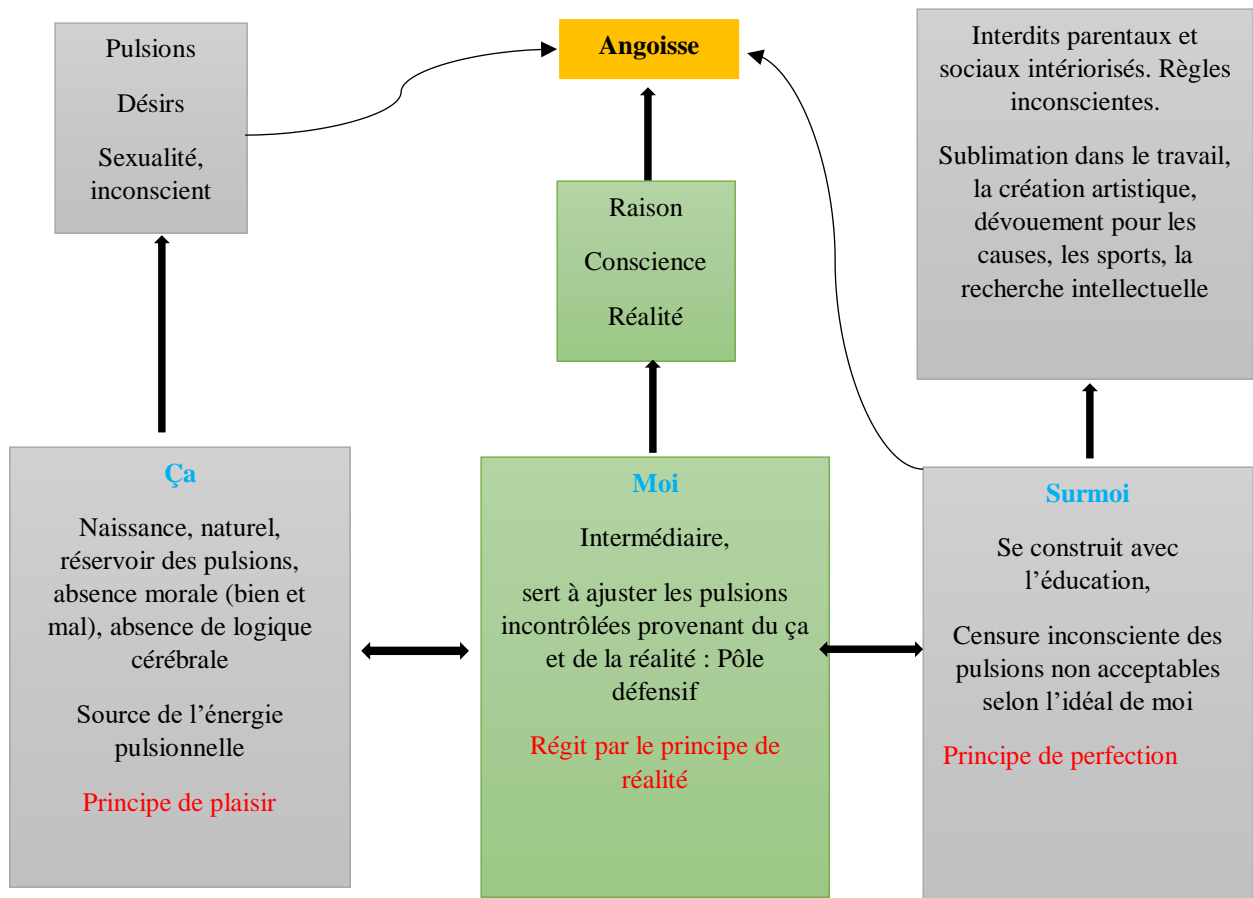


Schéma de la deuxième topique de Freud (Inspiré de Bodenmann G, 2007)

Le Ça est totalement inconscient, c'est le pôle pulsionnel, dominé par une absence de logique et de morale.

Le moi c'est le pôle défensif, donc défend les intérêts de la personnalité. Il exécute la gestion de tout ce qui pourrait endommager la personnalité. C'est le médiateur entre le Ça, le surmoi et la réalité. Le Moi résout les conflits que poseraient les stimulations internes et externes pour assurer l'équilibre psychique.

Le surmoi est le pôle législatif, il fait donc la loi, car non seulement fait de l'auto observation mais aussi une conscience morale et l'idéal du moi.

La réalité, quant à elle contient les objets de satisfaction, les exigences, les limitations de temps et d'espace.

Le point de vue topique conçoit la personnalité comme spatiale. Cette représentation nous permet de voir ses différentes composantes, les différents systèmes, et surtout de lire la communication entre les différents systèmes. Celle-ci est source de conflit. Ce qui nous amène au deuxième point de vue :

Du point de vue économique : Il s'agit de l'énergie psychique (force des pulsions). Il repose sur l'idée de la répartition et la circulation d'une énergie pulsionnelle soit susceptible de diminuer ou d'augmenter. Il est question de la variabilité de l'énergie qui s'investie dans chacune de ses instances. La circulation de l'énergie se fait en termes d'investissement, surinvestissement, désinvestissement, de contre-investissement et de déplacement. Freud va de ce point de vue aborder la notion d'affect pour parler d'énergie psychique, qui désigne les charges émotionnelles. Par exemple en situation de maladie cette charge émotionnelle est très importante en termes de quantité. Mais quand celle-ci s'étend sur la durée, cela bloquerait le sujet dans le processus d'adaptation. Soit parce que l'énergie psychique est insuffisante et épuisée, ou rencontre des obstacles à être investie d'une manière inadaptée et équitable entre les différentes instances. Cela traduirait par conséquent une mauvaise circulation de l'énergie psychique entraînant des difficultés de communication entre les instances.

Du point de vue dynamique : dynamique suppose les forces, la combinaison celles-ci. Pour Freud le psychisme est comme un champ de forces qui s'interagissent. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il va considérer les phénomènes psychiques comme résultant d'une composition ou combinaison de forces plus ou moins antagonistes. Les forces en présence ne sont rien d'autres que celles du Ça, du Moi et du surmoi.

Concernant le Ça, il s'agit des pulsions auxquelles est soumis l'organisme, les unes extérieures, donc discontinues (on peut se soustraire par la fuite ou l'éloignement),

circonstanciennes (forces de l'environnement), et les autres endogènes c'est-à-dire internes et exerçant une pression plus ou moins continue (pas de possibilité de se soustraire). Freud distingue alors deux sortes de pulsions : Eros, pulsions de vie, qui sont poussées vers le plaisir, vers la vie (libido) et le Thanatos, pulsions de mort, poussée vers la destruction, l'anéantissement de la vie, donc sont considérées comme pulsions agressives. D'après Freud, le Ça est agité par ces deux types de pulsions, donc de forces qui vont intervenir dans cette dynamique.

Les forces du surmoi sont quant à elles, les forces législatives et lois qui vont donc lier la liberté des pulsions et celles du Moi. On en distingue deux sortes, les lois morales et les lois de l'idéal du moi.

Et en fin les forces du moi, caractérisées surtout par les défenses de l'intérêt de la personnalité dont nous en avons déjà parlé dans la définition des concepts.

Dans le contexte togolais en particulier, le Moi est envahi par les tendances communautaires, dominé par le communautarisme et le collectif. On peut voir dans ce cas le sujet complètement inhibé et défendre l'intérêt commun plutôt que celui individuel. Les ressources du moi sont plutôt mises au profit du surmoi, ce qui le rend très rigide, très moralisateur. Il y a une sorte de formatage du moi et le ça. Cela s'explique par les rituels d'initiation qui débutent depuis le jeune âge et peuvent s'étendre jusqu'à la vieillesse. Ces rituels tentent de rendre le sujet individuel en le responsabilisant, mais en mettant toute fois le sens du commun et du collectif en avant. Le sujet à travers l'éducation, est assailli d'interdits (formatage des pulsions), à cause des interdits, des non-dits, le poids de la tradition et de la culture qui voudrait que l'on fasse les choses sans protester (position patriarcale); ce qui va intensifier le conflit entre le ça et le surmoi. Le surmoi et la réalité tentent d'étouffer les pulsions du ça sans réussir. Cet échec serait au premier plan lors de l'apparition des symptômes. Il arrive très souvent que le sujet manifeste une désinhibition totale en révélant tous les interdits et secrets de famille, ce qui fait de lui un ennemi ou un objet d'évitement. Cet état de chose porte de lourdes conséquences pour le sujet dans sa phase de convalescence ou phase de l'après maladie. Soit il est perçu par son entourage comme nuisible, et celui-ci fera tout pour l'empêcher de bien se sentir ou de bien se reconstruire, soit par contre il sera considéré comme un bon à rien. Dans tous les cas, il sera dévalorisé et sera rejeté par les siens. La troisième option est plutôt valorisante, il s'agit de l'option où le sujet est perçu comme détenteur de pouvoir, et sera investi d'un nouveau statut, mais pour cela, il va falloir qu'il fasse ses preuves et mériter son statut et sa place au sein de la communauté. Aujourd'hui avec

le choc culturel, l'homme africain est doublement angoissé, à cause du conflit de nature culturelle, c'est-à-dire conflit entre les tendances communautaires et celles individuelles, conflit entre les croyances issues des religions traditionnelles et celles importées (christianisme et l'islam), conflit entre l'ancestralité et la modernité, et pour finir conflit entre les instances psychiques. Tous ces conflits sont sources d'angoisse chez un sujet jadis déjà souffrant d'une pathologie qui s'avère être au carrefour de toutes les rencontres. Le sujet investi généralement les objets tournés vers le social, le lien, le relationnel, car c'est bien eux qui ont contribué à son façonnement.

La conception psychanalytique freudienne de l'organisation du fonctionnement de la personnalité a certes posé les jalons, mais ne suffit pas à elle seule pour comprendre la dynamique africaine de psychologie dont les systèmes socioculturels paraissent très complexes.

3.2.2. Théorie de la psychologie dynamique africaine d'après I. Sow

C'est un modèle élaboré par Ibrahim Sow, Médecin psychiatre de formation, ayant fait des études dans les sciences humaines surtout en psychologie. Il a publié deux ouvrages, psychiatrie dynamique Africaine et structure anthropologique de la folie en Afrique (Payot 77 et 78).

Son principe de base : les théories qui ont été construites dans une culture donnée ne doivent pas servir de grille pour aller prendre ce qui se passe dans une autre culture. Il faut interroger chaque culture car elle a sa théorie et son explication sur comment la personnalité est organisée.

La représentation occidentale dualiste de l'univers qui établit un clivage entre la matière et l'esprit, le corps et l'âme, l'organisme et le psychisme, ...est une attitude étrangère à la pensée négro-africaine qui procède plutôt de façon synthétique, continuiste. « En Afrique les opérations se déploient plus volontiers en fonction des catégories qui ne sont pas de type dualiste exclusif ; elles sembleraient favoriser une attitude continuiste et complémentariste. Ainsi les catégories telles que : rationnel-irrationnel, rêve-réalité, inactuel-actuel, imaginaire-réel, monde des symboles-monde des êtres, sont pensées plus comme des dimensions significatives hiérarchisées que dans leur aspect séparé, objectif et analytique. Dans la pédagogie traditionnelle, elles sont enseignées comme des catégories en continuité ».

Nous pouvons en déduire que dans la conception négro-africaine, la matière et l'esprit sont perçus comme deux éléments complémentaires d'une totalité et non pas comme deux entités autonomes et en relation conflictuelle. Il y a là bien entendu une imbrication, une fusion synthétique, une continuité en un tout indivisible. Ceci dit, l'Homme ne peut être clivable en matière et esprit, en corps et âme, en organisme et psychisme. Tous ces éléments sont enchevêtrés dans une structure, une totalité dynamique appelée « personne-personnalité » par I. Sow qui laissera tomber les particularités liées aux représentations spécifiques des sous cultures pour en dégager trois éléments fondamentaux :

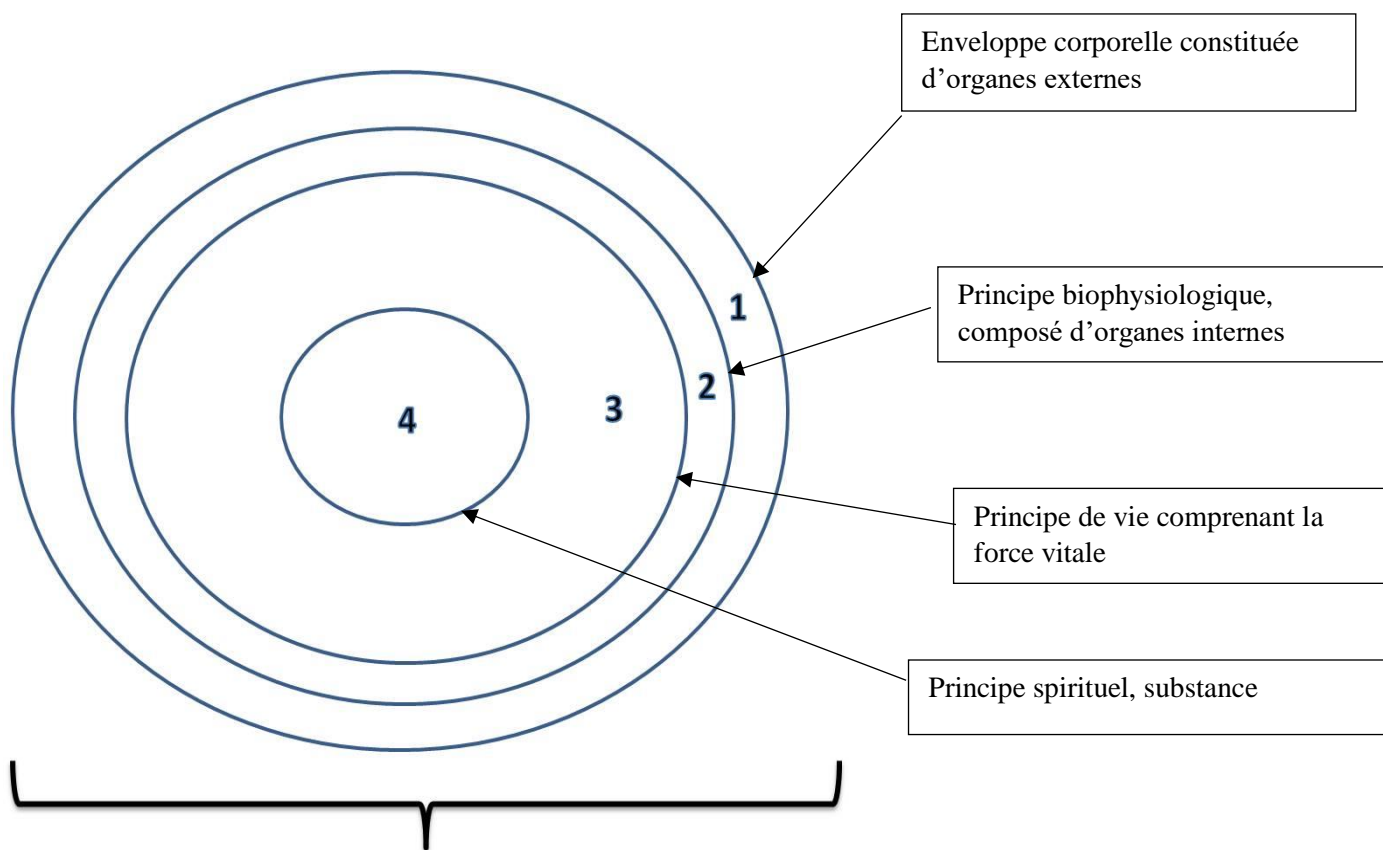


Fig1 : Structure de l'Ego

- ❖ Le premier élément est le corps ou l'enveloppe corporelle (1)
- ❖ Le deuxième élément comprend les principes vitaux (2) et (3) dont le nombre est variable, mais que nous ramenons à deux principaux : l'un « contrôle directement la

physiologie du vivant et est commun à l'animal et à l'Homme » ; « l'autre, propre à l'Homme, et serait à la base de la vie psychique au sens large du terme. Il s'agit là d'une sorte de principe « organisateur » interne qui serait en même temps, le centre de la force vitale totale. Il a pour rôle de vivifier l'individu en tant que réalité biopsychosociale (vie, puissance, fécondité) ».

- ❖ Le troisième élément est le principe spirituel (4), immortel, impérissable, alors que « le corps et les deux variétés de principes vitaux sont périssables », leur destruction entraîne la mort. Le principe spirituel indestructible, devient alors autonome et quitte le corps. Ce sont les principes vitaux qui animent le corps et non l'esprit.

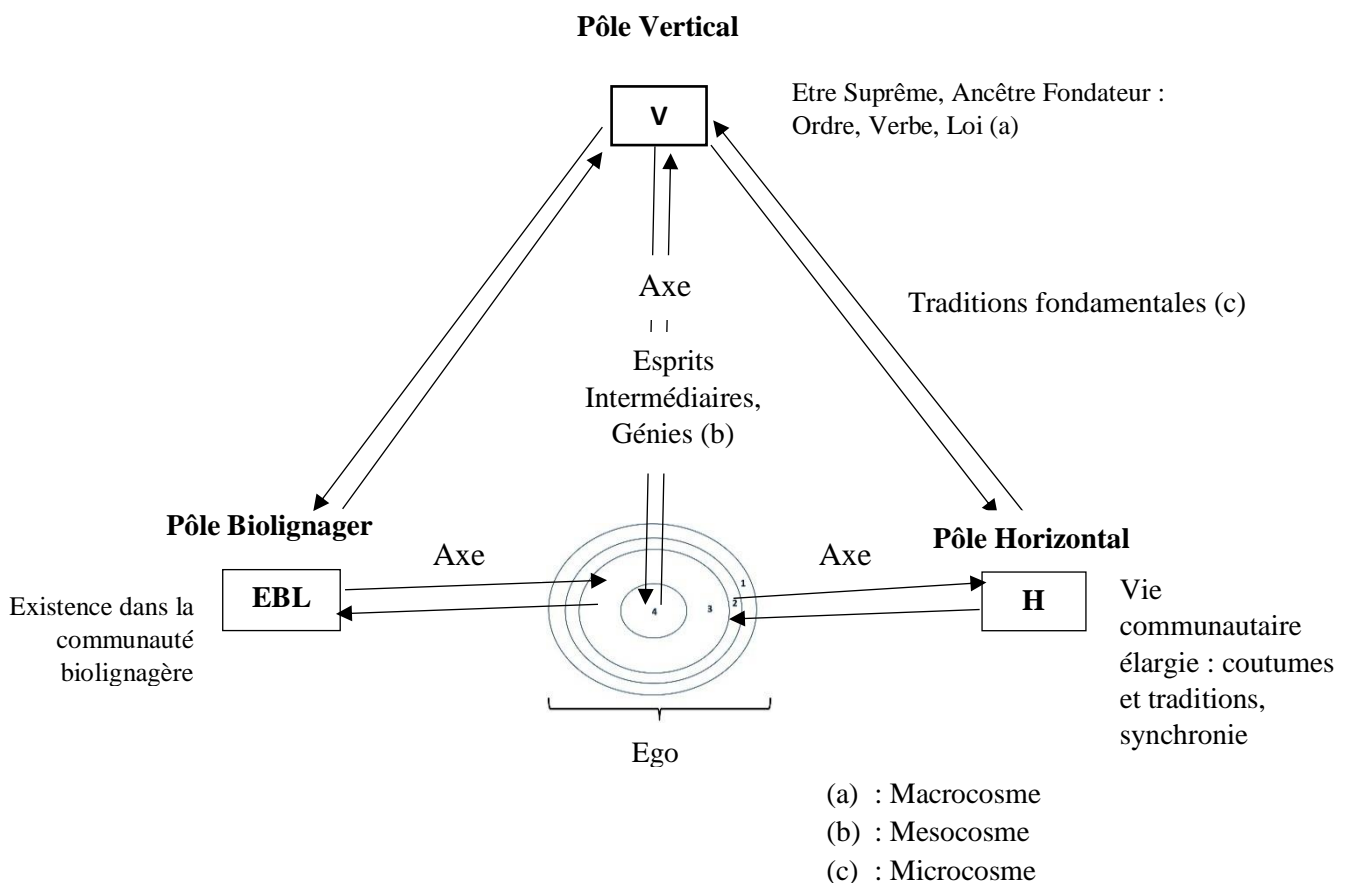


Fig2 : Schéma de la Personne-Personnalité

Le pôle vertical ou V : le principe ici c'est le verbe, la parole, c'est celui qui met l'ordre. On trouve à ce pôle, les esprits intermédiaires (esprits errants et qui sont bons comme mauvais) et les génies (esprits non humains qui sont sous la forme d'animal, de plante, d'arbres, de

l'eau...). Le point commun entre esprits intermédiaires et les génies, c'est que tous sont dotés de pouvoir.

Pôle biolignager ou EBL : c'est le pôle biolignage. C'est l'origine ou l'existence vitale de l'Ego. La relation entre Ego et BL est une relation qui s'étend du principe de vie jusqu'au niveau de l'enveloppe corporelle.

Pôle horizontal ou H : Il matérialise la synchronie, la communauté élargie. C'est de là que sont tirées nos coutumes et traditions. Ce sont elles qui nous moulent en nous donnant la forme ethnique, l'identité culturelle et individuelle.

L'ego vit dans cette articulation en harmonie avec la culture quand il est en conformité parfaite avec les principaux signifiants, valeurs, symboles, systèmes culturels fondés sur le signifié ancestral. C'est d'ailleurs ce qui fait naître pour l'ego un sentiment de « sécurité dans les structures relationnelles biolignagères et communautaires élargies, un sentiment d'appartenance et de solidarité stimulé par l'un des groupes concrets institués » I. Sow.

Être bien portant selon le schéma, signifie une bonne synergie entre ego et les différents pôles. La maladie surviendrait que si l'ego fonctionne en contradiction avec l'un de pôle. La gravité ou la sévérité de celle-ci, dépendra de l'écart de l'ego avec un pôle. Le conflit ici n'est jamais intrapsychique, c'est-à-dire entre les instances psychiques de l'ego et la structure de l'ego. Les conflits opposent souvent l'ego aux différents pôles :

Conflit entre Ego et le pôle horizontal

L'enveloppe corporelle et le système végétatif sont en relation avec la vie communautaire élargie. Le conflit résulte de l'action nocive de la communauté élargie sur l'ego. C'est ce qui se traduit dans le langage courant de « *fétichage, d'envoutement, d'empoisonnement ou encore le maraboutage* ». C'est-à-dire lancement des objets de la nature par le biais de la magie, du mysticisme et donc invisible pour les non-voyants. Cette action ne peut toucher que l'enveloppe corporelle et le principe biophysique. Le conflit peut se traduire par les troubles psychosomatiques, des somatisations. Ce qui explique d'ailleurs les réactions de la plupart de nos patients qui font une somatisation. Celle-ci est interprétée comme le signe de l'envoutement ou de l'empoisonnement. Ces troubles cacheraient un conflit qu'il faut résoudre à tout prix.

Conflit entre ego et le pôle EBL

Ego a une relation étroitement connectée avec le biolignage au niveau du principe vital. Non seulement il donne la vie, mais c'est en son sein aussi qu'il y a circulation et échange du potentiel vital humain. C'est la raison pour laquelle, il est considéré comme pourvoyeur et mangeur de la vie. La spécificité du biolignage, c'est la sorcellerie comprise comme l'anthropophage. Une personne étrangère au biolignage ne peut pas avoir accès directement à la vie de l'ego. Pour qu'un étranger y accède, il faut l'aide d'un traître. Celui-ci après avoir vendu, va livrer ego à ses clients extérieurs à la famille.

Les manifestations ici sont très variables. La sorcellerie peut être superficielle ou totale, et les symptômes allant de la maladie organique bizarre ou troubles malins, en passant par toutes les séries de syndromes psychosomatiques avec au plan psychique des angoisses aiguës, paroxystiques, une névrose grave plus ou moins systématisée, un dépérissement lent, progressif apparemment inéluctable. Ce qui signe l'atteinte directe de la vitalité personnelle. Il existe aussi d'autres indicateurs comme le sentiment d'être littéralement vidé ou pompé, le sentiment de mort éminente avec des signes physiques, les palpitations, la sécheresse de la bouche, des éruptions cutanées. La plupart des troubles peuvent aller des troubles anxieux, et évoluer quelques fois vers des syndromes délirants, hallucinatoires.

Conflit Ego-Pôle vertical ou verticalité

Comme nous l'avons décrit un peu plus haut, la verticalité est en relation avec l'ancêtre fondateur. C'est la parcelle de l'ancêtre dans chaque ego. L'axe vertical, est la dimension phylogénétique de l'ego, qui lie ce dernier avec l'Être Ancestral qui est le pôle majeur et sur qui repose tout le reste. Cet axe maintient l'accès entre l'esprit de l'ego et la réalité ancestrale. Elle est indestructible par les humains, mais seul l'ancêtre peut la retirer vue qu'elle a ses origines dans celui-ci. Le conflit oppose ici l'ego et le pôle vertical et tous ses contenants. Tout cela par l'intermédiaire de la tradition fondamentale. C'est la base de toute existence. Etant donné que la liaison traverse le corps (1) jusqu'au dernier cercle, les troubles peuvent affecter le corps, la vie. On peut rencontrer les troubles déjà cités suite aux conflits entre ego et les pôles H et EBL. Quand le principe spirituel est touché, ego peut sombrer dans un trouble psychique profond ou mourir en se donnant la mort : « le suicide ».

Sur le plan clinique on pourra recenser les indicateurs, tels que l'état d'agitation, le vécu de conscience confusio-onirique, les propos incohérents, la dénudation, le sentiment d'être influencé ou d'être possédé (possession par les génies par exemple).

Cette analyse amène I. Sow à faire la conclusion suivante, « *en Afrique noire traditionnelle, le trouble mental, sur le plan du statut notionnel, est un désordre par rapport à l'ordre culturel. C'est donc une violence que subie l'ego dans sa totalité* » (I. Sow). Or cette dernière est construite culturellement. Le trouble psychique serait perçu comme une violence que subie l'ego. C'est d'ailleurs pourquoi il va le vivre et l'interpréter comme une persécution venant de l'extérieur et qui le coupe soit du phylum génétique vertical, et dans ce cas ego est brisé et atteint dans son être soit des signifiants culturels et des alliances actuelles.

Par ce modèle, l'auteur nous permet ainsi de comprendre comment la structure de la personnalité est appréhendée dans les cultures et sociétés africaines. D'après ce modèle, la maladie en général et le trouble psychique en particulier est la traduction ou l'expression d'un conflit entre l'individu et son environnement visible comme invisible. Être en bonne santé signifie alors trouver une synchronie harmonieuse entre trois dimensions : sociale, spirituelle et du soi, comme le disait Kpanakè (2018). Ces dimensions sont interdépendantes les unes les autres. Ceci tient compte de l'importance de la culture et des croyances dans les démarches de prise en charge des troubles psychiques. En Afrique, rien n'est banal ou n'arrive au hasard, chaque chose qui arrive, a un sens et une explication. Tout est question de « message et du messenger ». Les interprétations prennent toujours le pas sur la signification clinique en Afrique.

Nous concluons cette partie en reprenant l'exemple de Djassoa, 1988, (p35) : « si au cours d'une tornade, un arbre tombe sur Mr X et lui casse une jambe, il est clair et évident que c'est un accident banal, et l'africain ne niera jamais l'évidence, il ne niera pas la relation de cause à effet (...). Mais ceci étant admis, tout ne s'arrête pas là. La question de fond qu'il se pose est de savoir pourquoi l'arbre est tombé sur Mr X et pas sur un autre ». La réponse à cette question sera plutôt une explication interprétative.

Nous ne saurions critiquer ce modèle car il se veut complémentaire à toutes les théories et modèles existant déjà. Néanmoins nous formulons une hypothèse selon laquelle les perceptions issues des croyances et interprétations socioculturelles expliquent la notion d'empêchement ou d'enfermement psychique chez certains patients malgré la rémission des symptômes cliniques.

Les appréhensions engendrées par les troubles psychiques peuvent empêcher le sujet dans son élan de reconstruction narcissique. L'angoisse ici désigne les obstacles, blocages et menaces qui ralentissent le sujet dans sa quête du bien-être.

3.2.3. Théorie de l'angoisse : approche freudienne et lacanienne

Selon la psychanalyse, l'angoisse désigne un ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs. Elle se détermine donc par une sensation interne de pression, de resserrement, par des craintes réelles ou imaginaires d'une mésaventure grave ou d'une souffrance devant lesquels le sujet se sent à la fois dépouillé et totalement impuissant à se défendre. Freud avant de développer la théorie sur l'angoisse, part de la dimension structurelle de la personnalité dont nous en avons déjà parlé.

En résumé :

Le Ça fonctionne sous le principe de plaisir. Il incarne les pulsions et ne distingue pas les images mentales/pensées.

Le Moi fonctionne sous le principe de réalité. Il incarne la raison et distingue les plaisirs du monde réel, freine les pulsions du ça.

Le Surmoi fonctionne sur le principe de morale ou de perfection. Il incarne l'autorité et représente la voix de la moralité.

L'angoisse selon la théorie freudienne, force le moi à se défendre. Elle envahit parfois complètement le moi (expérience traumatisante) et est le principal symptôme qui pousse une personne à aller consulter. L'auteur distingue donc trois types d'angoisse à savoir l'angoisse devant un danger réel, l'angoisse névrotique et celle morale.

L'angoisse devant un danger réel : il la considère dans un premier temps comme rationnelle et compréhensible, car c'est une réaction qui fait suite à une perception d'un danger extérieur. Son déclenchement dépend du savoir et du sentiment de puissance face à l'objet qui la provoque. Le fait par exemple de trop connaître ou savoir, amène à prévoir le danger et de l'anticiper par une réaction. C'est l'exemple de la réaction d'un enfant à la vue de la blouse blanche, qui pense directement à une pique. C'est aussi l'exemple d'un ancien patient, lorsqu'il ne dort pas une nuit, pense à une rechute, donc court directement vers l'hôpital, du fait que l'insomnie soit le symptôme fondamental de sa maladie. Freud considère donc cette attitude comme rationnelle, car le sujet est en présence de la menace, et celle-ci consiste à comparer ses forces à la gravité de la menace, et décider s'il faut fuir ou plutôt, s'il faut attaquer. Mais il arrive souvent que l'angoisse soit trop intense et importante, ce qui constituerait un obstacle majeur, et par conséquent va paralyser l'action du sujet y compris la fuite. Toute maladie telle qu'elle soit, provoque des ressentis très angoissants, car la maladie

est perçue subjectivement comme un danger réel qui menace l'intégrité physique et psychique du sujet. Pour Freud, « on entend par angoisse l'état subjectif provoqué par la perception du développement de l'angoisse, et on appelle cet état subjectif « état affectif ». Pour l'expliquer, Freud (1926, p373), part du fait qu'un état affectif « comprend d'abord certaines innervations ou décharges, et ensuite certaines sensations. Celles-ci sont de deux sortes : perceptions des actions motrices accomplies et sensations directes de plaisir et de déplaisir qui impriment à l'état affectif ce qu'on appelle le ton fondamental. (...). Dans certains états affectifs, on croit pouvoir remonter au-delà de ces éléments et reconnaître que le noyau autour duquel se cristallise tout l'ensemble est constitué par la répétition d'un certain évènement important et significatif, vécu par le sujet. Cet évènement peut n'être qu'une impression très reculée, d'un caractère très général, impression faisant partie de la préhistoire non de l'individu mais de l'espèce ». Pour lui l'état affectif présente la même structure que la crise d'hystérie parce qu'ils disposent tous deux de la réminiscence. Parler de mémoire revient à parler de l'essence même de l'état affectif. Pour Freud (1926), « *l'acte de naissance constitue la source et le prototype de l'état affectif caractérisé par l'angoisse* » (p374). Il fait référence de la séparation du bébé à sa mère à la naissance. En face d'un danger réel, par la réminiscence, le sujet a l'impression d'une répétition de la séparation faisant réapparaître l'angoisse.

L'angoisse névrotique : A l'opposé de la première où la menace est extérieure, ici elle provient plutôt de l'intérieur du sujet. Celle-ci est constituée des peurs de l'intérieur qui n'ont pas forcément un risque potentiel. Pour Freud l'angoisse névrotique est associée à certains objets ou situations (exemple des phobies). S'appuyant sur les travaux de Stanley Hall, psychologue américains, Freud distingue trois groupes de phobie. Le premier groupe est constitué des phobies à caractère de sinistre (exemple de serpent). Le second groupe concerne les phobies traduites par le rapport avec le danger, et enfin le troisième groupe concerne les angoisses présentes dans les symptômes hystériques. Pour Freud, cette catégorie d'angoisse est l'accumulation des tensions physique et psychique. Pour lui, par exemple dans l'hystérie, il s'agit d'une excitation psychique qui malheureusement emprunte une mauvaise voie finissant dans les réactions somatiques. L'angoisse est un affect donc signal en réaction au danger de castration. Le moi du sujet tente alors de se soustraire à l'hostilité de son surmoi. Elle survient parce qu'il y a perte de l'objet fortement investi. Elle provient selon Freud des pulsions libidinales. Cette angoisse peut provenir aussi d'une angoisse éprouvée face à un danger réel, c'est l'exemple dans les situations d'expériences traumatisantes.

L'angoisse Morale : celle-ci est perçue comme sentiment de culpabilité ou de honte. La source ne provient ni de la réalité, ni des pulsions du moi, mais plutôt du surmoi. Elle a un lien direct avec le code moral. Pour Freud, devant cette angoisse, les sujets recourent à certains moyens, c'est-à-dire mécanisme de défenses pour atténuer ce sentiment ou affect. Ceux-ci sont utilisés pour fuir ou éviter l'angoisse morale, à cause de son contenu culpabilisant, honteux qu'éprouverait le sujet. Soit le sujet utilisera :

- le refoulement pour empêcher les idées, émotions, souvenirs qui menacent d'atteindre la conscience.
- La projection des pulsions considérées par le surmoi comme honteuses en les attribuant à quelqu'un d'autre.
- Les formations réactionnelles, en transformant un sentiment angoissant sur le plan inconscient en son contraire mais cette fois consciente. Elle consiste à empêcher l'énergie sexuelle en stase de se manifester sous forme d'angoisse (Wilhelm R. 1973, p 209).
- La fixation et la régression, en recourant à des réactions ou comportements immatures (se ronger par exemple les ongles).
- Le déni, en refusant de reconnaître quelque chose de désagréable, en donnant l'illusion d'invulnérabilité,
- L'intellectualisation, en transformant le problème concret en problème abstrait, donc moins coupable.
- Le déplacement et la sublimation, en exprimant les émotions sur un objet autre que celui responsable de l'apparition de celles-ci.
- La rationalisation en donnant par exemple une explication morale et correcte à une action refoulée donc interdite moralement. Il s'agit des explications raisonnables à un acte ou pensée honteux.

Pour Freud, l'angoisse serait la transformation de la libido. Le moi utiliserait donc ces mécanismes de défenses pour se cacher, se mentir à soi, ou pour déformer la réalité en vue d'éviter d'éprouver la culpabilité ou le sentiment honteux, car celui-ci est en conflit avec le code moral auquel le sujet appartient. Cette angoisse serait la preuve de la nocivité d'une morale antisexuelle (Wilhelm R. 1973, p 205). L'angoisse selon la théorie de Freud est la base du développement psychique d'un sujet. Elle occupe donc une place fondamentale dans la genèse et l'évolution psychique. Elle est donc le signal du danger envoyé au moi pour le prévenir des menaces du danger réel (angoisse réelle), du ça (angoisse névrotique) ou du

surmoi (angoisse morale). Etant un état de tension (même au titre que les pulsions du ça), l'angoisse de ce fait est une motivation puissante pour la conduite du sujet.

La théorie freudienne sur l'angoisse sera complétée à la suite des critiques faites par certains particulièrement Lacan en 1962 au cours du dixième séminaire.

Pour Lacan, ce qui constitue l'angoisse, « c'est quand quelque chose, n'importe quoi vient apparaître à la place qu'occupe l'objet cause du désir ». Elle est l'expression d'un besoin, d'un manque, d'une demande ou d'un désir de l'objet inconscient. Elle n'est pas donc une manifestation d'un danger interne ou externe comme le pensait Freud. Elle reste l'unique moyen subjectif par lequel l'objet manquant ou perdu est recherché. C'est une sorte de réclamation de l'objet absent. L'angoisse apparaît chez un sujet, lorsque l'objet, analogue du phallus, structurellement absent, devient un objet de partage ou d'échange. Celui-ci est qualifié par Lacan de « cause du désir », du roc de la castration, de l'irréductible réserve de la libido. L'angoisse non seulement a une structure, mais aussi c'est une scène, un carrefour où, comme dans le rêve, vient s'inscrire l'horrible, l'ambiguë, l'inquiétant, l'innommable. Pour lui, dans l'angoisse, la dimension du rapport avec l'autre est dominante. Elle traduit, tout obstacle ou barrière que rencontre le sujet dans la quête de l'objet de jouissance. Elle est ce qui laisse le sujet dépendant de l'autre, sans aucun mot, hors symbolisation. Pour Lacan, l'angoisse se caractérise par ce qui ne trompe pas, c'est le pressentiment, ce qui est hors du doute. C'est-à-dire la cause du doute et non dans le doute.

Le point de vue de Lacan, vient compléter de ce pas la théorie freudienne à propos de l'angoisse, qui selon l'auteur traduit un empêchement ou un blocage sur le chemin du désir, source de plaisir. Le trouble psychique en lui-même est angoissant à cause du lien avec les facteurs socioculturels. Il entraîne chez le sujet une sorte de vacillation, d'hésitation, de déconstruction subjective, de privation et des affects d'incomplétude. Malgré l'amendement des symptômes cliniques, le sujet est assailli de doutes, qui finiront par l'angoisser et le rendre encore plus malheureux car souffrant. Dans presque toutes les sociétés, la maladie mentale reste perçue comme une damnation et nous nous posons la question de savoir si le symptôme actuel, c'est-à-dire l'empêchement observé fait suite à la maladie ou existait d'une manière latente mais que son intensification avait fini par déstructurer l'appareil psychique du sujet à travers la précédente maladie, dans ce cas le symptôme serait son résidu. Dans tous les cas, la notion d'empêchement ou d'enfermement psychique est complexe à expliquer par un seul facteur. Cette complexité symbolise d'ailleurs l'interdépendance des facteurs psychiques et environnementaux qui font de l'être humain un sujet social et culturel. L'empêchement peut

faire suite à des caractéristiques internes ou externes au sujet. Mais dans tous les cas le sujet le vit comme une contrainte, une barrière, un blocage qui limite ses possibilités d'action et freine par le même mécanisme, le rythme de vie, qui se traduira par un symptôme ou un dysfonctionnement.

Chapitre 4 : Problématique

4.1. Analyse de la situation

Certaines maladies comme le trouble mental, provoquent beaucoup d'appréhensions, pas seulement chez le sujet qui en est porteur, mais aussi pour l'entourage de celui-ci. Ces appréhensions sont issues des nombreuses considérations et perceptions faites vis-à-vis des pathologies psychiques. L'expérience de la maladie a laissé des empreintes indélébiles qui affectent le sujet dans ses actions, soit par la réduction de son espace vital et de confort, de l'espace temporel et enfin, l'anticipation négative de l'avenir. En dehors de ces éléments, il existe certains facteurs environnementaux d'ordre socioculturels qui semblent verrouiller le sujet dans ses croyances et l'empêcher de reconstruire son identité. Le sujet essaie par tous les moyens de maîtriser ce qu'il ressent sans succès.

Dans la réduction de l'espace temporel, le sujet vit dans le présent et n'a aucune considération pour l'avenir ou le passé. Sa préoccupation porte exclusivement sur les événements actuels et il est incapable de se protéger dans le temps pour prévoir et se souvenir. Dès fois, le malade ressent l'avenir comme menaçant et porteur d'événements pénibles pour lui ; c'est une anticipation négative. C'est l'appréhension du pire. Le malade pense qu'avec le temps, sa maladie va s'empirer et conduire à l'irréparable.

Dans certains cas, le malade ne considère que son environnement physique proche. C'est la réduction de l'espace au hic : ici, il n'existe plus pour le malade d'autres espaces que celui dans lequel il vit.

Dans certains cas, le malade peut réagir par l'isolement face à son entourage. Cette réaction est observée lors des maladies honteuses, culpabilisantes ou humiliantes. Le malade, par anticipation du jugement, s'isole de son entourage.

Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux cinquième édition (DSM-5) publié en 2013 par APA (American Psychiatric Association), la définit comme étant un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental. Ainsi la santé mentale est « *un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, Avril 2016). La santé et le bien-être mental sont

indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence. Selon l'OMS, les personnes atteintes des troubles mentaux sont les plus marginalisées au monde. Dans plusieurs communautés, la maladie mentale n'est pas considérée comme une vraie maladie mais comme une faiblesse de caractère ou de châtement dû à un comportement immoral. Même lorsqu'elles sont considérées comme de vrais malades, les personnes souffrant de troubles mentaux reçoivent souvent des traitements inhumains.

Les notions d'empêchement et d'enfermement psychique sont au cœur de la psychopathologie. En ce sens qu'elles affectent la qualité de vie des patients. Un sujet atteint de la maladie peine à se reconstruire, du fait de l'existence de nombreuses barrières psychiques ou environnementales qui se dressent sur son chemin. Parmi celles-ci nous pouvons citer la baisse de l'estime de soi, le sentiment d'insécurité, de manque ou de vide. Il apparaît aussi une sorte d'inhibition, avec la résurgence des idées ou pensées toxiques, un désinvestissement libidinal, tendance à se cacher et à fuir la réalité ou à s'éloigner de ce qui fait plaisir. Le sentiment de peur, de culpabilité sont présents sous toutes les formes. C'est une véritable déconstruction identitaire. On dirait le sujet est malade de sa maladie. Sa souffrance qui jadis était liée aux symptômes perdure malgré l'amendement total de ceux-ci. Comme le disait Freud « la guérison ne signifie pas l'amendement des symptômes », cela amène à penser aux séquelles psychiques du trouble. Celles-ci envahissent le sujet dans sa totalité, le rendant impuissant. La maladie lors de son passage a confisqué toutes les ressources psychiques du sujet.

La maladie mentale quoi qu'on dise est au cœur des données socioculturelles. Hormis les difficultés liées à la vulnérabilité engendrée par la maladie, les patients doivent faire face aux préjugés sociaux. Notons qu'il existe deux types de préjugés sociaux : les premiers sont liés aux croyances, vécus et représentations des troubles psychiques du sujet lui-même ; donc ceux-là sont internes au patient. Ils sont très lourds et pénibles pour le sujet surtout lorsqu'il adhère. Et les seconds sont liés aux croyances, interprétations et représentations socioculturelles de l'entourage du patient. Ceux-ci placent directement le patient dans une bulle, dans un trou si bien qu'il saura s'en sortir. Le patient se fragilise peu à peu sous le poids des perceptions socioculturelles. Il y a une sorte de transmission des pensées et affects négatifs, impliquant un clivage, une rupture ou une coupure du sujet avec lui-même.

Les prémisses de ce travail de recherche sont nées des questionnements par suite de certaines réactions de nos patients rencontrés au cours de nos pratiques en clinique psychologique au

centre hospitalier universitaire Campus de Lomé-Togo. Les réactions retenues et qui font objet de notre étude ont été recueillies au cours des entretiens cliniques. Il est à préciser que certains entretiens ont lieu en présence de quelques membres de l'entourage du patient. Cela s'explique par la particularité du contexte social, quand une personne est malade c'est toute la famille qui est impliquée.

Quelques patients disaient être privés de sortie, comme s'ils étaient des enfants qu'on punissait ou qui ont besoin de la permission des adultes. En exemple voici le verbatim de monsieur K : *« ma famille ne veut pas que je sorte, je passe mes journées dans ma chambre devant mon écran de télé. Je n'ai pas accès au salon, pour éviter que je rencontre les visiteurs. Je fais presque tout dans ma chambre »* c'est-à-dire ? *« Je mange dans ma chambre, je dors dans ma chambre, je me promène dans ma chambre ; Cc'est le seul espace qui m'est offert. Avant de sortir, ils m'enferment à clef, ils me maintiennent loin comme si j'étais contagieux et condamné, le comble c'est d'être surveillé comme un criminel ou une bête féroce mis en cage. Je pense que je leur fais honte, je n'en peux plus, je sens monter en moi une rage malheureusement qui est bloquée et me ronge de l'intérieur »*. Pour madame X, *« ma famille m'ignore, comme si je n'existais pas, ils ont tué en moi ce qu'une personne normale peut ressentir, j'ai perdu ma place, comprenez...mon statut, je ne peux rien faire de moi-même, ils m'ont même éloigné de mes amis, je ne me sens plus humaine, la maladie m'a tout enlevé... »*.

Certains patients nous disaient qu'ils ne sont plus acceptés par leur propre famille depuis qu'ils avaient fait la crise. Tout a brutalement changé : pour manger c'est dans leur chambre, sont écartés dans la prise de décision concernant la gestion ou tout ce qui est inhérent à la bonne marche de la famille. Ils subissent les décisions familiales.

Pour certains, c'est l'éloignement de leur lieu habituel de vie : exemple de monsieur Y, qui souhaite que nous intercédions pour lui auprès de sa famille : *« s'il vous plaît aidez-moi, après ma sortie de l'hôpital, ils m'ont expédié au village chez une tante que j'avais plus vu depuis cinq ans. Ma vie n'est pas là-bas mais ici. Elle est trop gentille envers moi »*. Il nous dira plus tard *« je pense qu'ils ont honte de moi, mais aussi je ne peux pas non plus les blâmer pour ça, ils font du mieux qu'ils peuvent »*.

Certains nous disaient faire l'objet de menace, d'humiliation ou de dénigrement de la part de leur entourage. Ils sont maltraités par leur famille, parfois même ils subissent des violences pas seulement psychiques mais aussi physiques. Ils sont traités de « adava », c'est-à-dire « fou », ou sont victimes d'autres formes de railleries ou de moqueries. *« Je vis avec ma mère depuis ma sortie de l'hôpital ; elle me fait voir de toute couleur surtout quand elle est à la*

maison, elle m'interroge à longueur de journée sur des trucs banals, elle m'a enfermé dans une chambre sans lumière, elle se met en colère contre moi sans raison, elle me dénigre devant ses employés ; elle me traite de bon à rien, j'ai l'impression qu'elle ne souhaite pas que j'aille mieux. Elle me parle sur un ton hostile, toujours sur la défensive, elle est responsable de ma souffrance, j'ai du mal à retrouver mon chemin, tout ce que je dis, est considéré comme « bêtise » selon ma mère » sont les propos d'un patient. La plupart du temps, les gens disent « papa ou maman » pour parler de leur parent, mais certains patients prononçaient, le termes « *ma mère ou mon père* » d'un ton sec, formel, sans affection.

Pour d'autres encore « *tout va bien* », mais ce n'est qu'une façade, ce n'est qu'une réaction de résignation, pour nous faire croire que tout va bien. Certains nous glissent des mots : « *svp je voudrais revenir pour vous voir seul, mais dites à ma famille que tout va bien* ». Nous avons l'impression que le patient ne dit pas tout, comme s'il était sous le coup d'un interdit, un non-dit, comme s'il n'est pas autorisé à se plaindre ou à dire que ça ne va pas. Certains accompagnants sont intrusifs, infantilisant. Ou encore n'aiment pas laisser le patient seul avec nous lors des entretiens, sous prétexte qu'il n'y a pas de secret entre eux. Et quand ils sont présents, répondent toujours à la place du patient ou au contraire orientent les réponses de celui-ci. Ils s'immiscent dans la vie intime du patient, une hyper protection. L'envie de tout contrôler chez le patient, parfois vont même augmenter les doses des médicaments du patient sans aucune indication ou recommandation du médecin traitant, prétendant que le patient était agité et nerveux. En exemple W, patient de 21 ans nous disait : « *je me sens étouffé, malheureusement je ne peux pas refuser leur aide, mes parents sont excessivement gentils, je me sens malheureux, mais que faire ? Il m'arrive d'avoir envie de disparaître, et en même temps, je me sens coupable, c'est peut-être mon destin...* ».

Pour certains, c'est l'effort exagéré de la part de leur entourage pour leur remonter le moral. Par exemple voici un fragment de récit d'un patient : « *non seulement je suis toujours traité comme un enfant, ou encore l'acharnement du genre : tu veux manger ? Tu veux qu'on t'amène quelque chose ? Tu veux boire quelque chose, ne t'inquiète pas, Dieu seul sait pourquoi c'est toi. Mais sache qu'on sera toujours là pour toi. Garde confiance, c'est la volonté de Dieu. Voilà quelques phrases qui sont prononcées à longueur de journée, sept jours sur sept. On s'apitoie sur moi, je n'ai pas un moment à moi seul, personne ne respecte même plus mon intimité, mon entourage m'impose sa présence, toujours avec un air de pitié, comme si j'étais condamné à vivre malheureux et malade toute ma vie. Cela me fait penser que je ne guérirai jamais, et je resterai l'éternel malade comparativement à une prison à perpétuité. Je ne sais pas pourquoi, et malgré tout je leur obéis ».*

Certains patients nous font savoir que le comportement de leur proche avait systématiquement changé vis-à-vis d'eux depuis la survenue de la maladie malgré qu'ils soient relativement bien portant aujourd'hui. « *Mes parents sont toujours sur leur garde, au point de verrouiller la porte de leur chambre. Lorsque je passe tout près de quelqu'un, je sens qu'il panique, personne ne m'écoute lorsque je parle, aucun ne veut rester à proximité de moi au salon pour regarder la télé ; parfois pour éviter que j'intervienne dans une discussion, les gens de mon entourage chuchote entre eux...Je me sens ignoré, comme si je n'existais plus. Et le pire dans tout ça, je n'ai pas droit, ni de me fâcher, ni de rigoler, ils penseront que je fais une rechute, je me retrouve seul au vrai sens du terme bien que je vive avec ma famille, on dirait que je suis un danger qu'il faudrait à tout prix éviter même à travers le regard, je me sens rejeté et repoussé malgré mes énormes efforts à réintégrer le fonctionnement normal de la famille où chacun a un rôle à remplir. Parfois il m'arrive de penser que la maladie a signé mon déclin, je dois toujours faire attention à tout ce que je dis ou fais, humm je ne sais pas si c'est la maladie qui m'empêche d'être à nouveau heureux, tout compte fait, il y a des blocages comme les douaniers à une frontière ».*

Ailleurs, c'est le changement radical dans les habitudes vestimentaires, ils adoptent les tenues vestimentaires des sectes, s'habiller toujours en blanc, le port restrictif des chaussures ; ou encore s'encombrer des objets de l'ordre du fétichisme, des livres bibliques, les objets de piété comme un chapelet, une médaille, des bagues traditionnelles comme symboles de défense contre les esprits malins et invisibles.

Certains viennent aux entretiens avec des pulls à capuche malgré, comme pour cacher leur identité malgré l'étouffante chaleur.

D'autres nous signalaient, en avoir marre de leur famille. Selon eux, depuis l'épisode de la crise, passant par l'hospitalisation, c'est un conflit infernal. Les membres de la famille sont à la recherche du coupable. Il faut trouver quelqu'un à incriminer. C'est l'exemple de Mlle Y âgée de 26 ans, qui a été hospitalisée pendant 10 jours pour psychose puerpérale. « *Mes parents s'en prennent régulièrement à mon mari, ils sont venus me prendre de force dans mon foyer conjugal pour m'enfermer chez une tante avec qui je n'avais aucun lien, juste pour m'éloigner de mon mari ; ce dernier a dû déposer plainte au commissariat. Je me sens enfermée par leur agissement, et depuis je ne sais plus qui je suis, ce que je deviendrai, je suis dans l'impasse, impuissante, c'est les autres qui décident à ma place. Je suis comme votre stylo, sans âme, ni volonté, toujours dans l'exécution ».* Souvent s'il ne s'agit pas de conflit

entre le (la) partenaire et sa belle-famille, il s'agit plutôt des conflits entre les membres d'une même famille. Ils s'accusent mutuellement.

Certains nous signalaient des abus d'alcool, soit du père ou de la mère depuis la survenue de la maladie : *« Mon père est devenu alcoolique, il boit presque tous les jours. Il est saoul tous les jours. Cela a débuté après ma sortie de l'hôpital. Je m'inquiète beaucoup pour lui, il est tout temps dehors, et lorsqu'il est à la maison, je ne peux même pas avoir une discussion avec lui à cause de son ivresse. Peut-être qu'il a honte de moi, ou plutôt pense que je suis condamné, à vivre avec cette maladie, ou encore cela a un rapport avec un quelconque secret »* nous disait un patient.

Chez d'autres patients ce sont des réactions liées à leur vécu, des préoccupations, de perturbation, soit décrit par eux-mêmes, soit décrit par leur entourage. En voici quelques-unes :

« Je me sens mourir de l'intérieur, je suis envahi par un sentiment ou une sensation bizarre mais désagréable, un mal être intérieur, humm... je ne sais pas comment décrire ce que je ressens »

Certains patients, répondaient toujours à nos questions par des crises de larmes. A toutes les questions, on obtenait les mêmes réponses avec les mêmes expressions du visage, mêmes gestes notamment tenir la tête, frotter les yeux de la même façon et d'une manière interminable, quelque fois la tête toujours baissée, tout comme pour éviter de croiser notre regard. Ils ne posaient jamais de questions. Et quand ils font des efforts pour répondre, c'est des réponses du genre *« oui »* ou *« non »*, *« je ne sais pas »*.

Chez certains encore, on notait une absence totale de demande. Ils se contentaient de venir aux séances, s'asseyaient en adoptant la même position, soit les bras croisés, regard figé et évasif ; ou encore restaient silencieux pendant l'entretien, une sorte de mutacisme, parfois au lieu de parler d'une manière audible, ils marmonnaient au bout des lèvres, le timbre de la voix est monotone. Ils étaient cloîtrés et repliés sur eux-mêmes. Mais ce qui est étonnant, ils demandaient toujours d'autres rendez-vous à la fin de la séance : *« c'est quand le prochain rendez-vous ? »*.

Certains proches des patients, parfois nous contactaient par téléphone ou venaient à l'improviste, pour nous faire part de leurs inquiétudes au sujet du patient :

- Ne fait plus d'effort, il est passif, n'exprime rien, aucune demande, ne prend aucune initiative.

- Soit que le sujet s'enfermait à longueur de journée dans sa chambre, ne met plus pied dehors. Il adoptait la même position assise, en prenant sa tête dans ses mains, regard triste et presque absent.
- Il avait tout abandonné, et s'est réfugié à l'église, il fréquente trop ce lieu, il fait un surinvestissement religieux. Même à la maison, il s'est entouré des livres bibliques. Il a des pratiques inquiétantes, notamment, toujours des veillées de prières précédées de jeûne (privation de nourriture), ne cesse de prononcer le nom de Dieu à longueur de journée, même pour un « oui » ou pour un « non ».
- Développement d'une certaine méfiance et crainte. Il suspecte presque tout le monde, et finalement il s'isole.
- Il est devenu têtu, s'enferme dans un comportement d'addiction au jeu. Il n'avait plus la notion du temps.
- Des rechutes à répétitions, avec pour principales causes l'inobservation thérapeutique. *« En un an, il a été hospitalisé 6 fois, parce qu'il ne prend pas bien les médicaments », sa maladie devient de plus en plus chronique ».*
- Il est devenu plaisantin, sans ambition, ni conviction. Bref il agit comme un enfant, il a du mal à affronter la réalité. La plupart de ses plaintes sont enfantines, on retrouve les signes d'immaturation malgré son âge avancé et ses capacités intellectuelles.

Certains parlaient d'eux même en utilisant la troisième personne « il » ou « koffi », en exemple « il va bien physiquement », et parlaient aussi de la maladie comme si c'était une personne « *elle m'a agressé, elle m'a tout pris, elle m'a volé ma liberté* ».

Chez d'autres encore, nous notons des expressions de colère ou de rage : « *j'en ai marre de venir ici, marre de prendre les médicaments, marre de faire les mêmes gestes et rituels* ». D'autres parts nous relevons des réactions d'agitation et d'angoisse, la mâchoire serrée, lançant des regards froids et sombres.

Certains avaient du mal à exprimer leur émotion, ailleurs c'est un détachement émotionnel. D'autres se retiennent à l'envie de pleurer, c'est une inhibition émotionnelle, certains font une focalisation soit sur les symptômes antérieurs, sur les éléments ou séquelles induits par la maladie, préoccupation anticipatoire infondée sur l'insomnie, sur les effets secondaires des médicaments malgré qu'ils n'en présentent aucun actuellement, acharnement à lire la notice et angoisse liée à ce qui a été décrit sur celle-ci, s'imaginer être pris entre le marteau et

l'enclume du fait qu'ils doivent prendre les médicaments malgré les risques d'effets secondaires qu'ils pourraient y avoir, comportement d'isolement, indifférence, plaintes multiples et continuelles, renoncement à toute activité, la peur, la honte, la culpabilité, l'irritabilité, le manque de prise d'initiative, s'apitoyer sans cesse sur leur sort, hyper vigilance sur une éventuelle rechute, agressivité et suspicion sur la personne responsable.

Chez d'autres en revanche, nous notons l'apparition des symptômes somatiques, des conversions, des idées ou pensées obsédantes, un désinvestissement sexuel, une baisse de l'appétence sexuelle, une indifférence sexuelle, une frigidité. Pour finir cette partie, nous nous appuyons de quelques illustrations tirées de nos cas clinique :

1. Monsieur Ay. Agé de 38 ans, ancien patient du service, vient nous voir sur recommandation du médecin psychiatre du service. Bonne présentation générale, tenue correcte, mais nous notons un amaigrissement. A la question comment vous vous appelez ? Il donne son nom de famille, mais hésite et met beaucoup de temps avant de nous donner son prénom. A la question, que puis-je faire pour vous ? D'une manière spontanée, dit « *Moi !!!* », en posant la main sur sa poitrine avant d'éclater de rire et de poursuivre, « rien », puis marmonne quelques mots au bout des lèvres. Mais face à notre silence, il finit par répondre sur un ton sec et agressif : « *je ne sais pas, j'ai perdu ma vigueur masculine, évau gnè gbodjo, ékou* (je n'ai plus d'érection, il est mort), *je pense que ma virilité m'a été volée, pour finir j'ai toujours mal aux dents, et le comble, les bilans et examens réalisés chez le dentiste sont normaux, je suis condamné à souffrir* ». Nous sentons qu'il se retient à pleurer. D'autre part il est convaincu d'avoir contracté une IST. Nous notons, que durant tout l'entretien, il ne cessait de se gratter le cuir chevelu et le pubis. Pour conclure, il nous fixe droit dans les yeux, avec des doutes, de déceptions, comme si son cas était désespérant, mais aussi comme un défi qu'il voulait nous lancer avant d'ajouter : « *voilà mon nouveau moi, c'est mon quotidien, passer d'hôpital en hôpital, pensez-vous pouvoir faire quelque chose pour moi ? Je suis à vous, pourriez-vous vaincre ma maladie ? Je vous la confie...* ». En effet, un an au paravent, il avait été hospitalisé dans le service pour dépression psychotique sur fond de deuil pathologique.
2. Mademoiselle Py., âgée 25 ans, est référée par le psychiatre pour entretien motivationnel, sur fond d'alcoolisme chronique, pendant son hospitalisation. Selon les propos de la mère, la patiente aurait été hospitalisée trois fois en médecine interne, en un an. Voici en substance, l'extrait d'un de nos entretiens : D'abord, elle se présente

comme un garçon manqué. « *Je n'aime pas le nom qu'elle m'a donné* ». Qui donc ? « *La personne assise à votre droite* ». Il s'agit bien entendu de sa mère, qu'elle n'ose même pas regarder. Alors quel nom voudriez-vous ? « *...Je ne sais pas, c'est tard maintenant, mais je voudrais un nom mixte, pourquoi pas comme celui de mon père Essoham* », ou celui de mon oncle André ». Vous choisirez lequel ? Elle parle d'elle-même comme il s'agissait d'une autre personne : « *Vous savez, si vous la connaissiez..., Humm, elle était ce qu'il y a de plus normale chez une personne, la joie de vivre, son enthousiasme, mais aussi très sensible* ». Vous parlez de qui ? Elle nous rétorqua « *celle qui est en face de vous, celle qu'on appelle « P », de la fille poubelle, de la fille sans scrupule, sans moralité, sans pudeur, de la fille torchon, de la menteuse* », et d'ajouter plus tard « *...de celle qui est considérée comme une sorcière, la peste de la famille et la folle du quartier* ». Durant 55 minutes d'entretien, elle fait usage des pronoms impersonnels pour se caractériser. Au cours des sept premières séances, nous notons une absence de demande, une négligence vestimentaire, tête complètement rasée, elle parle très fort (presque similaire à des cris) traduisant ses états émotionnels, une agressivité en la personne de la mère, elle peut passer du mutisme à bavarder, de silencieuse à très expressive, et vice versa. Elle est toujours accompagnée de sa mère lors de nos rendez-vous. Sa mère la présente comme quelqu'un d'extrêmement fragile et très irritable, mais intelligente, réussit toujours ce qu'elle entreprend, mais ne fait aucun effort depuis le décès de son père, et surtout après sa première hospitalisation au centre de santé mentale à Agoè : « *cette fille-là, est devenue alcoolique malgré son jeune âge, je ne sais plus ce qui l'arrive, j'ai l'impression qu'un esprit s'est accaparé de son fonctionnement, elle nous fait vivre des cauchemars, pour ne pas dire un enfer, je sens qu'elle ne va pas bien, mais personne ne trouve rien, nous errons d'hôpital en centre de soins, y compris les centres de prière pour qu'elle soit délivrée, j'aurai pu consulter un féticheur si nous n'allions pas à l'église, mais hélas, je suis devenue hypertendue* » sont les quelques mots de sa mère.

3. Le troisième exemple est plutôt un extrait de poème écrit par l'un de nos patients suivis pour syndrome psychotique : « *Oh homme sans lendemain,*

Homme vide de l'intérieur comme un pain sans levain,

Fit une rencontre sans vin,

Qui sur un sentier rocailleux et sans fin,

Sombra au fond des ravins,

Oh homme solitaire dans un monde sans câlin... ». Il donne un nom à sa maladie « *Monique, la diablesse* ».

4.2.Énoncé du problème

Eu égard à tout ce qui précède, nous nous posons la question : quels sont les déterminants internes et externes qui expliquent l'empêchement, conséquence de l'enfermement psychique.

DEUXIEME PARTIE

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2. Méthodologie

En rappel, ce projet vise à mieux décrire la singularité d'un sujet en souffrance psychique aux prises avec les facteurs culturels. Il s'agit de faire l'analyse des cas. Celle-ci a pour fonction de décrire, d'expliquer, de comprendre, de prédire des faits, des phénomènes et des conduites d'un sujet souffrant, dans sa singularité subjective. Cette approche, s'inscrit dans le champ de la méthode clinique.

2.1. OBJECTIF DE LA THESE

L'objectif général de cette thèse est de proposer un cadre compréhensif visant à démontrer que les facteurs socioculturels sont au cœur des constructions sociales et identitaires. Les assises identitaires d'un sujet sont particulièrement influencées par le champ des croyances. Il est question dans cette recherche d'explorer en décrivant les facteurs socioculturels responsables de l'effondrement ou de blessures narcissiques, cause de l'empêchement. La plupart des travaux réalisés sur la thématique de l'empêchement sont effectués en occident et ne tiennent pas compte de la différence culturelle.

2.1.2. Objectifs et hypothèses

2.1.2.1.Objectifs

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur l'analyse des cas, et réalisée au Togo. L'échantillon est composé de six sujets sur les vingt et qui sont soignés au CPPM du CHU-Campus de Lomé. Par cette étude nous voulons déterminer les facteurs associés à l'empêchement, cause de l'enfermement psychique observés chez les patients.

Objectifs spécifiques

Cette étude vise à :

- Décrire l'empêchement et l'enfermement psychique
- Identifier les caractéristiques psychologiques et les facteurs socioculturels en lien avec les constructions identitaires individuelles et collectives.
- Etudier en analysant les approches psychiques, notamment à faire une analyse des processus intellectuels et cognitifs, et la dynamique affective.
- Examiner le contenu latent à partir de celui manifeste.
- Expliquer les phénomènes cliniques, notamment la signification des signes ou symptômes clinique manifeste et latent de la maladie dans une dimension socioculturelle.

- Déterminer les indices d'angoisse, de barrières et pénétration de la variable de Fischer et Cleveland, et analyser le rapport de la représentation de soi vis-à-vis de l'autre, les limites du corps (solidité ou porosité du Moi-peau).

Dans les perspectives pratiques, cette étude vise à attirer l'attention des praticiens sur l'influence des facteurs psycho-socioculturels, leur prise en compte dans la dynamique thérapeutique.

2.1.2.2. Hypothèses

2.1.2.2.1. Hypothèse générale

L'omniprésence des facteurs psycho socioculturels semblent expliquer l'empêchement et l'enfermement psychique des personnes touchées par un trouble après leur sortie d'hospitalisation.

2.1.2.2.2. Hypothèses spécifiques.

- Le vécu et la représentation du traitement peuvent expliquer l'effondrement narcissique chez le patient.
- L'intériorisation des préjugés sociaux semble expliquer le comportement d'enfermement psychique (d'auto-dévalorisation et auto-exclusion).
- La fragilisation des assises narcissiques, associée à l'interprétation des symptômes de la maladie semble expliquer l'empêchement chez le patient.
- Le syncrétisme culturel source d'angoisse semble empêcher la reconstruction de la subjectivité et l'intersubjectivité chez la patiente.
- L'adhésion aux champs des croyances, source d'angoisse semble constituer un frein dans la construction narcissique et l'intersubjectivité.
- La représentation négative de la maladie, source d'empêchement semble expliquer le comportement d'enfermement psychique chez la patiente.

2.2. Méthode

Cette partie se subdivisera en deux parties principales ; d'une part nous évoquerons la source d'information et finirons par la description de la procédure, les techniques de collecte et d'analyse de données.

2.2.1. Le cadre d'étude

En rappel, notre étude a lieu, dans la clinique de psychiatrie et de psychologie médicale (CPPM), logé au sein du Centre Hospitalier Universitaire Campus de Lomé au Togo. Nous en

avons suffisamment parlé dans le premier chapitre de la première partie. L'étude s'est étalée de septembre 2015 au 15 Janvier 2018.

2.2.2. Participants

Notre étude s'est focalisée sur une population clinique. Il s'agit bien entendu des patients qui sont suivis à titre externe au CPPM et qui présentent des indices d'enfermement psychique. Il s'agit des personnes qui présentent une souffrance liée à l'expérience de la maladie (pauvreté ou absence des interactions avec autrui, isolement, absence de demande, inhibition, comportement d'évitement, régressifs, addiction, surinvestissement religieux). Ces patients viennent au CPPM pour un suivi médical. Il n'existe aucune littérature sur la thématique d'empêchement dans une dimension culturelle au Togo.

2.2.2.1. Critères d'inclusion

Les principaux critères d'inclusion sont les suivants :

- Avoir un âge compris entre 18 et 55 ans
- Savoir parler au moins couramment l'une des langues suivantes : éwé, kabyè ou français.
- Consentement éclairé
- Absences de symptômes manifestes, pas de retard mental,
- Avoir été hospitalisé au moins une fois au CPPM au cours des dix dernières années à la période de l'étude.

2.2.2.2. Critère de non-inclusion

- Avoir un âge moins de 18 ans et plus de 55 ans
- Ne pas pouvoir s'exprimer dans l'une des langues suivantes : éwé, kabyè, français.
- Refus de participer à l'étude
- Présences des symptômes cliniques de la maladie ou retard mental.
- N'avoir jamais été hospitalisé, ou avoir été hospitalisé il y a plus de dix ans.

2.2.2.3. Caractéristiques de la population d'étude

Notre population d'étude est composée de vingt patients ayant été hospitalisée au moins une fois au cours de ces dix dernières années, et qui sont suivis en ambulatoire. Mais pour cette étude, nous en avons choisi six sur les vingt dans une démarche purement qualitative.

	Âge	Profession	Niveau d'étude	Diagnostic	Ethnie	Religion
Cas E.S	33 ans	Etudiant	Bac +4	psychose	Ashanti	Eveillée
Cas S.	45 ans	Styliste	Brevet	Dépression Majeur	Nowdeba	Témoins de J
Cas D.	32 ans	Revendeuse	Bac II	psychose	Ewé	Eveillée
Cas A.R.	36 ans	Infirmière	Bac+3	Bipolaire	Ewé	Catho
Cas W.	21 ans	Etudiant	Bac+2	psychose	Mina	Catho
Cas Py.	25 ans	Etudiante	Bac+3	PTSD	Kabyè	Eveillée

2.2.3. Procédures

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage du tout-venant. Signalons qu'avant de commencer cette étude, nous étions membre de l'équipe des soignants de la CPPM en qualité de psychologue clinicien. Ayant déjà un bon rapport avec les médecins du service, donc en tant que chercheur, ils m'ont facilement accepté et intégré pendant les consultations. Ce qui a facilité le recrutement de nos patients. Après cette étape, nous rencontrons les patients pour leur présenter l'étude, leur donner notre contact et prenons-le-leur, s'ils sont d'accord, et fixons les rendez-vous. D'autres ont préféré aller réfléchir avant de nous appeler et prendre un rendez-vous. Nous avons réalisé quatre à cinq rencontres en fonction du rythme des patients. Une rencontre pouvait aller de 60 à 120 minutes. La quasi-totalité des entretiens se déroulés dans le bureau de la psychologue clinicienne du service de cardiologie. Seul un entretien a eu lieu en dehors des locaux du CHU-Campus, car la patiente R. habitant à 80 Km, nous avait signalé ne pas pouvoir se déplacer (Pas de bus) pour le dernier entretien consacré au test de Rorschach. Nous avons pu réaliser le test dans le centre de santé de sa localité résidentielle.

2.2.4. Les méthodes de collectes

Nous avons opté pour la technique de l'entretien notamment à l'entretien clinique semi-dirigé, à l'observation directe associée au test projectif de Rorschach et du dessin libre de vie.

2.2.4.1. L'entretien semi structuré ou semi dirigé

Nous jugeons qu'il est le mieux adapté à notre étude puisque les interactions au sein d'une famille africaine étant complexes et nécessitant des explications supplémentaires. L'entretien semi-structuré n'est ni entièrement ouvert ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de thèmes, guides, relativement ouverts à propos desquels il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé.

La raison qui a motivé le choix de cette technique, est de ne pas nous arrêter aux informations de « surface », mais, avec la souplesse et la spontanéité qui la caractérisent, d'approfondir les éléments d'informations recueillies.

Pour parvenir aux objectifs que nous nous sommes fixés, la planification et la réalisation de l'entretien ont suivi les étapes ci-dessous :

Définition des thèmes

Les thèmes abordés dans l'entretien ne sont pas improvisés sur le terrain. Ils sont constitués des variables et indicateurs des phénomènes que nous voulons étudier et qui ont été testés dans une pré-enquête.

Détermination de la forme de l'entretien

Nous avons opté pour le type de contact direct avec « les informateurs ». Il s'agit des entretiens individuels.

L'entretien proprement-dit

Nous n'avons pas eu de difficultés quant au consentement des informateurs, d'autant qu'ils sont d'accord. Les informateurs ont apprécié avec enthousiasme notre démarche vers eux « *ça fait du bien d'être écouté par quelqu'un qui ne soit pas de la famille mais qui partage notre chagrin* », nous disaient-ils.

Pour compléter la richesse et la pertinence des informations recueillies à travers les entretiens, un autre outil nous a paru incontournable : l'observation directe.

L'observation directe

C'est une procédure ou technique qui correspond le mieux au principe d'objectivité. Elle est, un outil classique pour observer les interactions se produisant à l'intérieur des groupes restreints centrés sur une tâche. Nous avons utilisé cet outil pour recueillir des informations sur le non verbal de notre recherche. Elle nous a permis d'observer les phénomènes que nous voulons étudier les expressions non verbales, notamment les crises de larmes, les agitations,

gestes non précis, les mimiques, la présentation (tenue vestimentaire, hygiène et soins corporels), le ton de la voix.

Autres moyens utilisés dans la collecte des données :

2.2.4.2. Test projectif de Rorschach

Le choix de cet instrument repose, sur sa richesse et sa finesse dans l'approche du fonctionnement psychique. Dans notre étude, le Rorschach a été administré selon les règles de passation de l'école de Paris. Lors de la passation, les sujets n'ont pas manqué de montrer dégoût face à certaines planches. Ils pouvaient prendre celles-ci avec la main gauche, ce qui est significatif culturellement (c'est très mal vu, cela peut traduire le mécontentement (c'est à dire : n'aime pas), un refus, une indifférence, voire une agressivité). Pour d'autres encore, c'est une d'hostilité, de méfiance, voire de mépris (tchipé, hochement de la tête et marmonner quelque chose, faire un signe de croix, renfrognement de la mine).

Les protocoles ont ensuite fait l'objet d'une double cotation selon les normes de l'école de Paris. Une première selon le nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach, d'Azoulay C. et Emmanuelli M., paru en 2012. Ensuite une deuxième cotation réalisée avec madame Desbrière Nicole, spécialisée dans les méthodes projectives.

Après cotation nous avons réalisé le psychogramme en nous servant du logiciel EasyRorschach. Il est conçu pour permettre une élaboration du psychogramme. Le logiciel se charge de tous les calculs selon son auteur, Garnier Philippe (2012).

L'analyse et l'interprétation se sont faites à partir des normes de l'école de Paris.

2.2.4.3. Dessin de la ligne de vie

C'est une technique certes sans base scientifique, mais constitue une mine d'or dans la collecte d'informations. Cette technique s'inscrit dans une approche globale mais projective. Le sujet est amené à relater les événements importants de sa vie, par le biais d'une représentation. Il s'agit d'une projection symbolique de soi-même, inspirée par Jung C. G., dans l'utilisation des mandalas pour représenter le soi. Le dessin projectif renvoie à la problématique de vie intérieure. Il est donc comparable au travail d'analyse autour des rêves. Le grand avantage pour le dessin, à la différence des rêves, c'est qu'il offre un cadre d'élaboration au sujet. Il permet ainsi au clinicien d'accéder à des informations même les plus enfouies. Le patient choisit lui-même, ces couleurs, la forme qu'il souhaite représentée, mais qui traduit son histoire, ses expériences vécues. Ce test permet, à l'élaboration, à l'identification, à la canalisation et aux gestions des différentes émotions associées aux événements de vie.

Comment procède – t-on? On demande au patient de dessiner librement tout ce qu’il veut, incluant les évènements marquants de sa vie, depuis sa naissance jusqu’à l’instant où il fait le dessin. On met à sa disposition des feuilles, le crayon, des crayons de couleur, des feutres, voir tout ce qui est nécessaire pour réaliser un dessin. Une fois le dessin terminé, on invite le patient à l’analyser. Guider par les questions du praticien, le décodage, les sens des symboles, les souvenirs et les associations d’idées, le patient explore son inconscient, à partir des évènements ou de l’expérience de vie.

Troisième partie

Résultats, Discussions, Conclusion et Suggestions

Résultats : Illustration de six cas clinique

Cas E.S.

1. Approche sémiologique

1.1. Biographie

Agé de 33 ans et célibataire sans enfants, le sujet appartient à l'ethnie mina. Il est chrétien pratiquant (culte évangélique presbytérienne). Au moment de l'entretien, c'est-à-dire en décembre 2017, il était encore en formation (BAC+5). Issu d'un couple monogame mixte (père Togolais et mère Française), il est l'aîné d'une fratrie de deux enfants (ego 33 ans et sa sœur âgée de 30 ans). Son père était un homme d'affaire mais décédé il y a cinq ans à la suite d'une brève maladie. Sa mère, femme d'affaire, est souffrante et réside en France avec sa sœur benjamine depuis huit ans. La dernière fois qu'il a échangé physiquement avec sa mère c'était lorsqu'il partait au Canada pour continuer ses études (il y a neuf ans) sur décision de ses parents.

Sur le plan développemental : les informations obtenues émanent de la tante paternelle et du patient lui-même. Selon sa tante, ego était né par voie basse, très désiré. Il avait beaucoup de complicité avec ses deux parents et sa petite sœur. Il jouait beaucoup avec son père. La marche et le langage sont acquis chez le sujet sans particularité. Il ressemble beaucoup à sa mère sur le plan morphologique (physique et est plus blanc que métissé), mais au père sur le plan caractère.

Les caractères sexuels secondaires acquis autours de 15ans (apparition des poils sur le pubis, voix grave, premier éjaculat). A propos de son adolescence, il nous dira sans hésitation « *cette période de ma vie n'a pas été trop terrible* ». Selon lui, les crises étaient mineures et passagères, « *j'ai eu quelques fois des prises de bec soit avec ma mère ou mon père* ». Selon sa tante, c'était un garçon très gentil, ne sortait pas beaucoup, et la plupart de ses fréquentations était soit des amis de l'église ou de son école. Il faisait très rarement des bêtises. Selon toujours la tante, il aurait été perturbé par l'absence répétitive de sa mère qui voyageait beaucoup.

Sur le plan scolaire : Etudes « *très perturbées* » selon sa tante, car le patient « était trainé » de partout par ses parents, pour des raisons professionnelles. Il a connu plusieurs changements d'écoles notamment en France, au Canada, et au Togo. Très bon élève jusqu'à l'obtention du brevet, où les parents décidèrent de l'envoyer au Canada pour continuer ses études. Il a repris plusieurs classes là-bas. Il obtint tardivement son BAC II à 29 ans. Il est actuellement en Master II, transport maritime dans une université de la place.

1.2.Motif de consultation

Il a été référé par l'équipe médicale du service pour la prise en charge globale. En effet il avait été hospitalisé dans le service pour décompensation d'allures psychotique.

1.3.Motif d'hospitalisation

Admis à 30 ans à la CPPM pour agitation psychomotrice, propos incohérents, labilité de l'humeur, hallucinations auditives (disait entendre des messages « subliminaux à la radio »), et visuelles (voit certaines personnes qui lui demandaient d'exécuter certains gestes, il disait recevoir des ordres de celles-ci, il pouvait se lever, s'asseoir, sauter ou dire certaines paroles), vol et écho de la pensée, Syndrome de référence, surinvestissement religieux, Interprétation persécutive, il est persuadé qu'il y a une guerre entre Dieu et le diable, mais pense que c'est Dieu qui va la gagner.

1.4.Antécédents personnels et familiaux

Sur le plan personnel, le sujet aurait fait un épisode de dépression majeur à 25 ans et soigné au Canada. Pas de notion d'antécédents médicaux, ni chirurgicaux connu chez le patient.

Sur le plan familial, pas de notion d'affections psychiatriques, ni dans la famille paternelle, ni dans celle maternelle. Mère souffrant d'une affection cardiaque, père décédé à la suite d'un AVC hémorragique sur un fond d'hypertension.

1.5.Histoire de la maladie

Premier épisode survenu à 25 ans au Canada, et diagnostiqué comme une dépression d'allure psychotique. Comme lui-même nous le décrira, *« depuis mon arrivée dans ce pays, tout était différent, j'avais un sentiment d'être perdu et une sensation de solitude m'envahissait. Je pensais que tout finirait par s'arranger avec le temps mais rien... Je me sentais différent, pas au bon sens du terme, tout pouvait me préoccuper. Je me sentais presque démuni. Malheureusement je n'avais personne comme ami. A l'approche des examens, je me sentais encore sous pression, et je dormais mal. J'avais du mal à communiquer avec mes parents, car parfois inaccessible ou ligne perturbée. J'avais très envie de rentrer au pays, sauf que ce n'était pas possible, dans notre famille tout le monde a fait de grandes études. Mon père et ma mère ont tous atteint le niveau supérieur (Bac +5). C'est pareil pour les cousins et les oncles. Tous ont obtenu leur diplôme au Canada avant de revenir au pays. Vous voyez..., donc je n'avais pas droit à l'échec pour décevoir mes parents, surtout que je suis leur aîné. Revenons à ma maladie, tout part d'un coup de fils de la part de mon père qui m'annonce que*

ma mère a été évacuée en France pour raison de santé. Ça donnait l'air de l'annonce d'un décès. Je m'étais senti abattu, et je ne pouvais rien faire. Je devenais de plus en plus nerveux, et j'avais toujours envie de faire quelque chose. Moi qui étais timide de nature, je suis devenu bavard, j'étais devenu une machine à parole. Je me rappelle qu'avant je n'aimais pas la nourriture, mais cette fois-ci, j'en avais plus d'appétit. J'entendais des voix (deux voix), celle d'un homme et l'autre d'une femme très séduisante. J'agressai verbalement une prof, et comme je disais n'importe quoi, on me conduisit dans un hôpital. C'est tout ce qui s'était passé au Canada ». D'après le patient, les signes cliniques n'étaient pas très prononcés comme au deuxième épisode. Il était d'ailleurs sous traitement (*Rispéridone*²⁷), mais une fois rentré au Togo, il décida d'interrompre celui-ci.

Le deuxième épisode est survenu à 30 ans, soit cinq ans après le premier, deux semaines avant les examens de fin d'année. Pour lui, « *cette fois-ci, j'avais une sensation bizarre, comme une tension dans ma tête, et je pouvais devenir très irritable sans raison. Tout est allé très vite, je ne pouvais plus me contrôler, je n'étais plus moi-même. Vous connaissez la suite...* ». Avant qu'il ne soit admis à l'hôpital, il demanda qu'on lui conduise à l'église qu'il fréquentait au paravent. Cette demande est motivée par le fait qu'il entendait des voix, et qu'il croyait provenir de Dieu. Devant la persistance et l'ampleur des symptômes, le patient et sa famille décidèrent de consulter un neurologue, croyant que c'était certainement dû, peut-être à une affection neurologique. Ils seront redirigés en CPPM pour une meilleure prise en charge.

A son admission, étant donné que c'était une urgence comportementale, à cause de l'agitation, il a été mis sous traitement à base d'une combinaison de médicaments, valium et l'halopéridol, par voie intramusculaire (sur les fesses). Ce traitement sera relayé 72 heures plus tard, cette fois-ci par voie orale, d'un antidépresseur (*Anafranil*²⁸) associé à Risperidone qui est un antipsychotique de la nouvelle génération. A part la persistance par intermittence de l'hallucination auditive, tous les autres symptômes se sont amendés au bout d'une semaine d'hospitalisation. Le patient non seulement est accessible, mais élabore très bien. Il sortira de l'hospitalisation trois semaines plus tard avec une nette évolution clinique.

Sur le plan psychiatrique, les principaux symptômes tels que les hallucinations auditives (une voix interpelle le sujet, lui parle, lui donne des ordres), et psychiques (écho de la pensée, remémoration des souvenirs lorsqu'il était au Canada), le délire de persécution, les idées de

²⁷ **Rispéridone** : Il s'agit d'un antipsychotique atypique, c'est-à-dire neuroleptique de la deuxième génération. Il est aussi prescrit dans le traitement des épisodes maniaques modérés à sévères associés aux troubles bipolaires.

²⁸ **Anafranil** encore appelé Clomipramine appartient à la famille des psychotropes, utilisé comme antidépresseur et anxiolytique. Il fait partie de la classe des antidépresseurs tricycliques.

références (des voisins lui font des signes dans la rue, on lui parle à la radio et à la télé), ont progressivement cédé grâce aux soins.

L'agitation est induite par l'angoisse sur fond d'interprétation persécutive.

Les principales réactions défensives se centrent sur le clivage (la réalité est remplacée par le délire et l'automatisme) et le déni. Ailleurs on peut voir des tendances à la rationalisation, à l'intellectualisation (l'usage abusive de la pensée abstraite). Cela fait penser à un niveau de distorsion mineur.

2. Hypothèse diagnostique

Au total, nous avons un homme de 31 ans, célibataire sans enfants, ayant été hospitalisé pour : insomnie, délire de persécution, des hallucinations auditives et visuelles, syndrome de référence, sur un fond de stress intense (à la veille des examens). Cette symptomatologie nous amène à penser, qu'il peut s'agir d'une dépression psychotique (à cause de l'émergence du syndrome psychotique sur fond de celui dépressif). Il s'agit bien d'une dépression non traitée et qui a entraînée l'apparition des symptômes psychotique.

Cependant si on prend en compte l'existence d'une bipolarité des symptômes sur fond de la labilité de l'humeur, tantôt dans l'excitation, tantôt dans la déprime totale, on pourra penser plutôt à une psychose maniaco-dépressive.

L'hypothèse d'une schizophrénie nous traversa l'esprit, à cause certainement de la franche apparition du syndrome de références, de l'automatisme mental caractérisé par sa conviction délirante (obéissance à la voix et influence de l'activité psychique), de son grand intérêt au spirituel et au mystique.

3. Hypothèse de recherche

H1 : La fragilisation des assises narcissiques, associée à l'interprétation des symptômes de la maladie semble expliquer l'empêchement chez le patient.

H2 : Les préjugés sociaux paraissent expliquer l'empêchement des manifestations subjectives chez le patient.

H3 : Le vécu et la représentation du traitement peuvent expliquer l'effondrement narcissique chez le patient.

4. Approche des processus psychiques

4.1. Dimension concrète

Lors de notre première rencontre le sujet, se montra très méfiant, et refusa de s'asseoir dans un premier temps. Tout en étant debout, il nous interrogea sur notre appartenance religieuse : « *Êtes-vous chrétien ?* ». Cette interrogation donna des indices, sur l'attitude et la position à adopter pour la suite des entretiens. Cherche-t-il des contenants psychiques ? Durant une heure d'entretien, les trois quarts du temps furent consacré aux thèmes liés à la spiritualité et aux questions existentielles. A chaque début et fin d'entretien, il demandait : « *SVP, puis-je avoir une minute pour échanger avec Dieu, pour que sa volonté soit faite* » et à la fin « *je souhaite avoir une minute pour dire merci à Dieu de vous avoir donné l'intelligence à m'écouter* ». Il parlait de Dieu comme son père (« *Oh papa Yahvé* », « *mon père ne me laissera pas seul* »). A la question : Que pensez-vous de la maladie pour laquelle vous avez été admis à l'hôpital ? « *Je dirais c'est la volonté de Dieu. Je ne me considère pas comme un malade, mais plutôt comme un messager, un visionnaire...* ». Il considère les symptômes comme un langage, comme son intimité avec Dieu. Il dit avoir rencontré Dieu grâce à ses symptômes. Mais parfois pense être « *victime de l'injustice humaine* ». La vie du sujet tourne autour des questions de la foi.

La sexualité du sujet semble désinvestie et pauvre. Il n'a ni petite amie, jamais de rapport sexuel. La morale sexuelle semble très rigide, car la masturbation, les relations sexuelles avant le mariage sont considérées comme une entorse à la spiritualité (péchés), donc systématiquement interdites. Il s'investit beaucoup dans l'abstrait et construit ses relations sur un mode fantasmatique « *j'ai actuellement une amie, elle s'intéresse beaucoup à moi, il m'arrive de penser à elle, je pense qu'on finira par sortir ensemble, je l'ai eu en visions* ». Il interprète d'ailleurs ses fantasmes comme des visions ou révélations divines. On note une sorte de malaise lorsqu'on évoque les thèmes de la sexualité.

L'évocation de certains thèmes comme sa sexualité, le décès de son père ou encore la maladie de sa mère met le patient mal à l'aise, provoquant chez lui l'apparition de l'anxiété (bouge beaucoup dans sa chaise et devient même agressif. Mais des thèmes comme la spiritualité, la profession sont abordés par le patient avec beaucoup d'engouement et d'enthousiasme.

Ailleurs, nous observons chez le patient durant les entretiens, une régression (attitudes infantiles : car s'exprime comme un enfant par moment, se gratte la tête ou encore les oreilles, tendance à la rêverie. Pour sa tante : « *elewo devia* » c'est-à-dire « *il fait l'enfant* ». Nous

relevons des lapsus lorsqu'il parlait de sa mère. A la question et votre mère ? « **Morte**, euh... pardon je voulais dire **malade**... ». Ou encore le fait qu'il dise « **érection** » à la place « **d'erreur** ». Voulant nous décrire sa relation avec sa tante, « *je m'entends très bien avec ma tante, elle est tout pour moi, toujours à mes petits soins. Je me confie beaucoup à elle lorsqu'on est dans son vagin oh lala, qu'est-ce que je dis des bêtises, désolé je voulais dire «sa voiture ... je pense qu'elle aurait dû être ma mère. Je sais que je suis grand mais ça fait du bien de partager des petits trucs avec ses parents, surtout dans les bons comme mauvais moments comme maintenant. Elle s'est toujours occupée de moi depuis mon enfance* ». Nous avons constaté lors de nos échanges un blocage quant à la dimension de l'altérité. Les échanges de regards sont très limités, cela semblait lui mettre mal à l'aise ; il nous évitait du regard (il baissait ses yeux ou les détournait lorsque nous lui regardons).

Pour aller plus loin dans l'analyse des processus psychiques voici-ci en substance les réactions du patient vis-à-vis du test projectif de Rorschach.

4.1.1. Protocole de Rorschach

		REPONSES	ENQUETE	COTATION
I	7'' 33''	C'est l'Os au niveau de la hanche	C'est toute l'image	G F+ Anat
II	41'' 2'17	(Gratte la tête) on dirait là : 1 -règle d'une fille 2 -Avion de chasse 3 -Pénis 4 -Os du bassin, l'image en gros ne ressemble à rien mais pris localement oui	- Partie rouge inférieure (règle d'une fille) à cause de la couleur rouge -Forme (Lacune centrale) : avion -Partie pointu médian supérieur le pénis (forme) - os du bassin en grosse tache noire latérale	1= D C Sang 2= Dbl F+ Obj 3= D F- Sexe 4=D F+Anat
III	7'' 1'42	Je dirai là : 1 -Papillon 2 - Os de la hanche ou du bassin 3 - Sang	La forme rouge au centre Forme noire médiane inférieure os du bassin Le rouge latéraux sup	1=D F+A Ban 2=D F-Anat 3= D C Sang
IV	4'' 2'12	1 -Tête d'un insecte avec ses antennes 2 -Radiographie d'un os nuance de couleur 3 -Casque de chevalier	1. Partie médiane inférieure : insecte 2. radio si on considère toute l'image 3. Moitié supérieure très noire et sombre	1 = D F+Ad 2= G FE-Anat 3=Dd F-Objet
V	3'' 42''	C'est un papillon	C'est toute l'image	G F+ A Ban
VI	9''	Peut-être : 1 -Moustache d'un chat	1. Là, moustache (montre partie sup moins extrémité	1 = Dd F+Ad

	58''	2-ailes d'un papillon 3-Pénis en érection	du haut) 2-Partie principale inf= ailes 3-partie ligne médiane sup sexe d'un homme en érection (pénis)	2 = D F-Ad 3 = D kp+Sexe
VII	22'' 52''	Je pense que c'est Sexe d'une fille (les lèvres) (D centre sup)	C'est la forme de l'image au centre vers le bas) (partie médiane sup du tiers inf	D F+ Sexe
VIII	52'' 2'3	Humm, ça là... on peut dire : 1-Pince (gris supérieur) 2-sexe d'une fille (partie lacune médiane dans le bleu sup) 3-colonne vertébrale (tout l'axe médian)	Ce sont les formes des parties que je vous indique	1 = D F-Objet 2 = Dd F-Sexe 3=Dd F+ Anat
IX	42'' 1'47	1-Rouge, vert, sorte d'orange, le blanc : Toile, (fond en couleur) 2- pétale d'une fleur disséquée 3-schéma	Tout l'ensemble avec toutes ces couleurs (toile) 2. tache orange sup D et G Croquis ou dessin (ensemble)	1 = G C-Objet 2=D FC+/-Bot 3 = G F+/-Art
X	4'' 4'24	(Sourire) wow, c'est énorme 1-Plus de couleur, le bleu vient d'apparaître, partie d'une fleur 2-pastille-vaisseau spatial 3-un pénis dans un vagin 4-Mandibules 5-sexe d'une fille, 6-Feuille orange, 7-Os du bassin	1. Ensemble de détails médiane située entre les 2 partie rose 2. Rose latéral +gris médian (VS) 3. vert médian inférieur (pointu à l'intérieur du creux) 4.2latéraux sup en vert 5. parties latéral vert médian inférieur 6. deux jaunes latéraux 7. bleu médian	1 = DCF+Bot 2=Dd F-Objet 3 = D kp-Sexe 4 = Dd F-Ad 5 = D F-Sexe 6 = D F C-Bot 7=DFC +Anat

4.1.2. Psychogramme

Psychogramme d'E.S. 33 ans			
Production	Appréhension OU Localisation	Déterminants	Contenus
R = 29 Radditives= 0 TTotal= 17'30'' TLM =19,1''	G = 5 /17% D = 17 /59% Dd = 6 /21% Dbl = 1 /3% Do/Di = 0/0%	F+ = 9 F- = 9 F+/- = 1 F% = 66% F% élargi = 76% F+% = 50% F+% élargi = 48% FC= 0 FC' =0 FC -=1 FC+/-=1 CF= 1 C'F = 0 C= 3 C'= 0 FE=0 FE-= 1 FClob = 0 EF=0 ClobF = 0 E = 0 Clob = 0 K= 0 Kan = 0 Kan+/- = 0 kanC = 0 kp = 2 kob = 0 TRI=0/6,5 (K<c) Fle.Compl : 2//0,5 RC% = 45%	A= 2 Ad=4 (A)=0 A/H= 0 A% = 21% A%élargi= 21% H= 0 Hd= 0 (H)= 0 H/A=0 H% = 0% H%élargi= 0% Anat= 6 Sg= 2 Art= 1 Sex= 6 Abs= 0 Elt= 0 Frag= 0 Alim= 0 Géo= 0 Bot= 3 Pays= 0 Obj= 5 Symb= 0 Sc=0 Arch= 0 Hd+Anat+Sg+Sex=14
Phénomènes complémentaires : Refus= 0 Chocs+ Blocage= 3 Ban=2 B= 1 B&P= 0 P= 3 IA%= 48% ; Choix + : V et X Choix - : II et III			

4.1.3. Analyse complète des processus psychiques

Eléments quantitatifs et qualitatifs

Nous constatons que le temps de latence est court sauf aux planches II et VIII où il est élevé, indiquant un choc. Quant à la production, elle se situe dans la norme (R=29). La verbalisation semble abondante avec des réponses courtes mais à forte prédominance de détails. E.S. semble apprécier la passation du test avec beaucoup d'enthousiasme.

Analyse des facteurs

I. Processus cognitifs et intellectuels

L'analyse des modes d'appréhension, montre une faible présence des G % (seulement 2 G simples et de bonne qualité formelle, témoignant ainsi d'une faible adaptation perceptive de base et d'un faible ancrage dans la réalité. Cela semble se compenser par la forte prédominance des D avec plus des formes de bonnes qualités. Cette prédominance des D, semble ainsi indiquer, comme le disait Rausch De Traubenberg (1990) : « Un goût du concret » ou d'un « sens du réel ». La présence des pensées à caractère analytiques et discriminantes traduit une socialisation réussie (existence de 59% de D et 10/17 dont les formes sont de bonne qualité). La présence des Dd, nettement supérieur à la norme (21%) et surtout de mauvaise qualité formelle, montre que le sujet est capable d'effectuer une analyse minutieuse, une vigilance quant à son environnement. Cependant cette posture traduit plutôt une démarche cognitive rigide et à prédominance de formes arbitraires.

F% (66%) normal, mais F+% faible car inférieur à la norme, en raison de nombreuses références Anat et sex inadaptée, traduit une faible socialisation.

Les Banalités représentées faiblement (2), car inférieures à la norme, indiquent plutôt la volonté du sujet à prendre le contre-pied des idées reçues.

Enfin A%, faible (21%), montre des stéréotypies portant sur les contenus Anat et sex.

Ailleurs l'absence des K, signe une défaillance en termes de mentalisation.

En résumé, E.S dispose d'un faible ancrage à la réalité, d'une faible capacité d'adaptation perceptive, une faible socialisation et une défaillance dans les processus de mentalisation.

II. Dynamique conflictuelle et affective

Nous constatons l'absence des réponses kinesthésiques K au profit des kp, ce qui soulignerait une difficulté de projection de la vie intérieure et de mentalisation des conflits. Le TRI et la Fc ($K < C$ (O/6,5) et $k > E$ (2/0,5)) renvoient plutôt à l'extratensivité et une labilité importante. Le TRI extratensif, reflète l'envahissement du psychisme par les pulsions et les affects. La plupart de ceux-ci ne sont pas canalisés, renvoyant à une impulsivité importante. Le sujet est envahi par ses sentiments, expliquant en partie sa forte émotivité, son instabilité ; avec des fortes tendances à la suggestibilité et à l'égoïsme ((C, CF), temps de latence très court aux planches I, III, IV, V et X). L'indice d'angoisse très élevé (48%), reflète une angoisse à propos de l'intégrité du corps. TRI extratensif, associé $FC < CF + C$, met en avant chez E.S, des pulsions agressives potentielles et tournées vers l'extérieur.

Concernant les pulsions libidinales, le sujet montre des difficultés à intégrer l'émergence pulsionnelle dans une relation d'objet partiel (les kp, « *pénis dans un vagin* », « *pénis en érection* »). Ce qui fait penser que le sujet lui-même n'est pas entier.

Le contenu des réponses Anat osseuse très représenté (Anat=6), illustre la recherche de solidité et de charpente. Cette recherche peut signifier alors l'absence d'un contenant concernant les limites entre le soi et le monde extérieur et la fragilité du moi peau entamée par des réponses pénétration.

Le nombre important du contenu sexe (sex=6) dans le protocole, souligne d'une part, l'intensité de la problématique sexuelle en lien avec la féminité et l'abord relationnel ; et d'autre part, la baisse de la censure car E.S est très inhibé sexuellement à cause de son appartenance religieuse (il n'a jamais entretenu des rapports sexuels).

Nous constatons aussi, un troisième type de contenu avec des réponses fortement représentées (Objet= 5). Les réponses : « *vaisseau spatial, avion de chasse, casque de chevalier* », font référence aux symboles de virilité, tout comme le désir de protection. La réponse « *pince* » symbolise l'agressivité d'autrui et le désir de se protéger. Le contenu Botanique apparaît trois fois, traduisant ainsi chez E.S, une passivité féminine.

L'absence de réponse K dans le protocole est due au refus d'engagement et de projection. Nous notons par ailleurs une angoisse qui porte sur l'intégrité du corps et sur la sexualité ($Hd + Anat + Sexe + Sg = 14$ et supérieur à la normale).

Et enfin, l'indice de Barrière/Pénétration de Fischer et Cleveland, atteste un score 1B/3P, contrairement à la référence qui se situe entre 2B/1P. Cette légère prédominance des réponses Pénétration, nous conduit à nous interroger sur la solidité du schéma corporel et la construction de l'image du corps.

III. Analyse planche par planche

Planche I

Le temps de latence, la réponse G et de bonne qualité, à la première planche du test, témoigne des capacités adaptées d'E.S à la réalité extérieure. Le contenu de la réponse Anat de nature osseuse, indique la recherche de la solidité. Cette première réponse au protocole indique d'emblée la problématique du sujet à propos de l'image du corps et du sexe.

Planche II

A la présentation de la deuxième planche, la présence de la couleur rouge semble provoquer une réaction qui traduit, le choc au rouge : (se gratte la tête), temps de latence relativement long (44''). Après hésitation, le sujet débute la planche en évoquant les réponses crues et brutal, laissant penser à la problématique sexuelle. La quasi-totalité des réponses sont D, avec une forte prédominance des déterminants de bonne qualité, reflétant ainsi, les capacités et aptitudes du sujet à appréhender la réalité de façon adéquate. La première réponse à cette planche suscite chez E.S, la réactivation de la problématique prégénitale « *règle d'une fille* ». La perception de la couleur rouge, associée aux références féminines « *règle d'une fille* », paraît évoquer la sollicitation des pulsions surtout libidinales. La présence d'un Dbl, semble provoquer un déni de castration, traduit ici par la réponse où la lacune est comblée par un élément à symbolique phallique : « *Avion de chasse* ». Donc l'évocation de la dimension masculine, référence phallique « *avion de chasse* », et la dimension féminine, renseigne sur les difficultés du sujet concernant la différenciation de l'identité sexuée. Cela peut supposer l'existence des tendances homosexuelles, pouvant être référé par la réaction du déni, la substitution du vide par un élément symbolisant le phallus. Cela traduit une difficulté à assumer sa sexualité. En fin de compte les dernières réponses à cette planche « *pénis* », et « *os du bassin* », font référence à un balancement chez le sujet entre l'identification féminine et masculine. On note une absence du contenu de réponses (H, Hd, A, Ad), qui peut être révélateur d'un évitement des relations.

Planche III

L'engramme humain est perçu, mais dévitalisé (« *os de la hanche au niveau du bassin* »). La capacité d'identification semble absente, et la structuration de l'identité est fragilisée. La réponse « *sang* », donnée en troisième position, dénote une angoisse à propos de l'intégrité du corps. Le rouge est très prégnant, ce qui traduit l'émergence de fortes pulsions, poussant le sujet à la recherche de la solidité (« *Os de la hanche* »), comme s'il cherchait un appui. A cause éventuellement de la fragilité liée à la structuration de l'identité, et à l'angoisse concernant l'intégrité du corps, E.S, semble éprouver un malaise sur le plan relationnel. Le trouble d'identification quant à elle, paraît être de nature sexuelle.

Planche IV

Nous pouvons noter, à la présentation de cette planche, une ambivalence, entre la représentation à connotation phallique « *tête d'insecte...* », à une dévalorisation phallique et la recherche d'objet de protection et de virilité « *casque de chevalier* », ou de charpente « *...os* ». Le sujet semble montrer, un paradoxe entre la quête de virilité et la dévalorisation du masculin.

Planche V

Cette planche nous montre qu'E.S dispose des capacités minimums d'adaptations à la réalité du monde extérieur (réponse globale, bonne qualité formelle, et existence d'une banalité). Mais le temps de passation à cette planche paraît court, évoquant un non approfondissement des choses, et peut traduire une fuite devant la réalité extérieure.

Planche VI

E.S, semble avoir des difficultés à représenter un corps ou un objet dans son intégralité ou dans sa totalité, ce qui s'explique par la présence de Dd au début de cette planche. L'aspect unitaire de la planche semble par conséquent ignoré par le sujet, ce qui nous fait penser à une identité sexuée non assumée, mais plutôt clivée. La réponse : « *pénis en érection* », semble être investi par le sujet non seulement référence à l'objet partiel et non total mais comme référence à la virilité.

Planche VII

La planche VII, montre que le sujet est capable de reconnaître le contenu latent « *sexe* ». Mais le fait que le sujet considère seulement une partie de la planche, bien que celle-ci, soit un grand D mais avec une bonne qualité formelle, fait penser à une mise à l'écart. E.S semble capable de reconnaître les objets sexuels, mais non différenciés.

Planche VIII

Existence d'un choc à cause des couleurs, TL élevé, et temps total autour de 2 minutes, font penser aux difficultés du sujet à canaliser ses affects dans son rapport au monde extérieur. Le contenu de la réponse « *pince* », évoque un objet potentiellement agressif. La présence d'une réponse sexe, semble confirmer notre hypothèse sur la problématique sexuelle d'E.S. Par ailleurs l'existence des réponses petit détails (Dd), même si celles-ci sont données dans les deux dernières réponses, sont les signes de vigilance.

Planche IX

Comme à la planche VIII, nous notons également la présence d'un choc, traduit ici par le temps de latence qui fait pratiquement le double de la norme, nous amenant à penser d'une possible angoisse archaïque face aux imagos-maternelles. L'existence des couleurs, des réponses à caractère dépressive, plus attaque du féminin « *pétale d'une fleur disséquée* », révèle chez E.S, l'apparition de l'angoisse anaclitique concernant l'intégrité du corps. D'autre part, l'existence des déterminants douteux ou imprécis (FC+/-, F+/-) donnés par le sujet évoque le refoulement.

Planche X

A cette planche, nous notons l'augmentation très franche des réponses D et Dd, dont la qualité formelle est à égalité, avec des contenus très diversifiés, allant de sexe, Bot, Objet, Ad et Anat. Il s'agit des signes révélateurs d'une ambivalence, entre un certain soulagement et une réactivation aux couleurs. Ça souligne l'intensité du malaise suscité par la problématique sexuelle en lien avec le choix, l'abord relationnel et la problématique de séparation.

Regroupement des planches

Les planches I et VIII

E.S semble capable de s'adapter aux réalités du monde extérieur (I), mais toutefois celles-ci sont faibles à cause éventuellement des difficultés éprouvées quant à la canalisation de ses affects. Ses réponses semblent indiquer un malaise dans la problématique sexuelle.

Les planches III et V

Le regroupement de ces deux planches, nous conduit à penser que, E.S semble avoir les capacités d'identification, malgré la fragilité de la structuration de celle-ci. Par ailleurs, il dispose des capacités d'adaptation à la réalité extérieure, même si le rapport relationnel avec autrui paraît peu vivant. L'identité sexuelle, reste quant à elle mal définie. Les pulsions agressives sont également présentes mais non assumées.

Planches II et III

Nous notons d'emblée, l'apparition d'un choc face à la présentation de la deuxième planche, signifiant un malaise face au contenu de celle-ci. Ailleurs E.S, cherche à combler le vide, symbole féminin, via le déni, à la suite de l'angoisse de castration (II). La présence et la perception de la couleur rouge à ces deux planches, par le sujet est révélateur de la sollicitation pulsionnelle. Mais l'émergence de celles-ci semble pousser le sujet à la fuite et à l'évitement.

Planches II, VII et IX

Le regroupement de ces trois planches, donne suffisamment des indices de la manifestation de l'angoisse (choc à II et IX). La reconnaissance des couleurs à ces deux planches, indique la réactivation pulsionnelle. Il existe quand même une référence au féminin qui est exprimé à la planche VII, le sexe féminin est identifié.

Planches IV et VI

La figue masculine malgré tout semble être perçue, mais nous notons une certaine recherche à renforcer la virilité.

Planche X

Elle suscite dans un premier temps un soulagement (sourire), avant de provoquer par la suite une réactivation pulsionnelle et un morcellement (contenu des réponses très variés et dispersé) pour retarder la séparation.

IV. Synthèse

En récapitulation, l'identité et l'individuation paraissent très fragilisées chez E.S. Quant à l'image du corps, elle est mal unifiée. Le sujet présente de faibles capacités d'adaptation malgré la vigilance à laquelle il fait preuve. Nous constatons que les capacités de mentalisation sont très défailtantes.

Sur le plan dynamique et affectif, le TRI extratensif pur, avec une affectivité labile, sous-entendu, un envahissement du psychisme par les pulsions et les affects. E.S a du mal à canaliser ses pulsions et sentiments, ce qui implique une faible socialisation.

$FC < CF + C$, signe l'expression d'une affectivité égocentrique, avec la prédominance des C, témoignant ainsi de la présence d'une affectivité infantile ou primitive avec pour valeur des décharges explosive.

L'IA% très élevé, dénote la présence de l'angoisse à propos de l'intégrité du corps. L'agressivité d'E.S est plutôt tournée vers l'extérieur. Les pulsions libidinales, quant à elles, semblent être perturbées, car le sujet semble avoir des difficultés à intégrer et investir un objet relationnel dans son intégralité ou totalité. Il présente des difficultés, concernant les limites de soi et celles du monde de la réalité. Il existe une forte intensité de la problématique sexuelle. L'orientation sexuelle, non seulement n'est pas acceptée et assumée, mais reste très floues et ambivalente. L'augmentation des D et Dd dans le protocole, nous amène à penser au processus d'isolation, traduisant le clivage sexuel.

L'angoisse éprouvée par le sujet vis-à-vis de l'intégrité du corps, réapparaît dans l'indice de pénétration, symbole de la fragilité et de la faiblesse de la valeur protectrice du corps, qui peut facilement être pénétrée. Cela semble soulever encore une fois la question de la solidité du schéma corporel et la construction de l'image corporelle.

L'expression pulsionnelle est centrée sur la problématique sexuelle entraînant un surinvestissement. Il s'agit probablement d'une pseudo-angoisse de castration, à l'angoisse de séparation, de perte d'objet et apparemment de morcellement.

V. Mécanismes de défense

Au total, les réponses vagues (IX), la présence des couleurs (IX et X), rouge, noir traduisent le refoulement, qui consiste en un rejet dans l'inconscient des représentations conflictuelles toujours actives mais inaccessible à la conscience d'E.S.

L'augmentation des réponses D (59%), et des réponses sexuelles élevées, signent ainsi l'isolation. E.S., tente par ce processus d'éliminer les affects liés aux représentations, notamment des souvenirs, des idées ou des pensées conflictuelles.

L'existence des réponses crues, les F+% (50%) inférieur à la norme et le déni de la réalité traduisent l'émergence des processus primaires chez le sujet.

Ailleurs nous constatons un discours haché marqué par des sauts d'un contenu à un autre sans transition (X), traduisant ainsi un clivage.

Chez E.S. le type de relation à l'objet total n'est pas développé. Il s'agit bien de la relation à l'objet partiel sexuel. L'essentiel des conflits est centré sur la lutte contre la reconnaissance de la dépression et la perte d'objet qui met en échec des assises narcissiques trop fragiles.

Nous sommes en présence d'un fonctionnement Etat limite Hystéroïde proche de la psychose à versant paranoïde (vigilance et l'interprétatif).

Il peut s'agir aussi d'une décompensation psychotique sur un fond de cumul d'intenses tensions (stress).

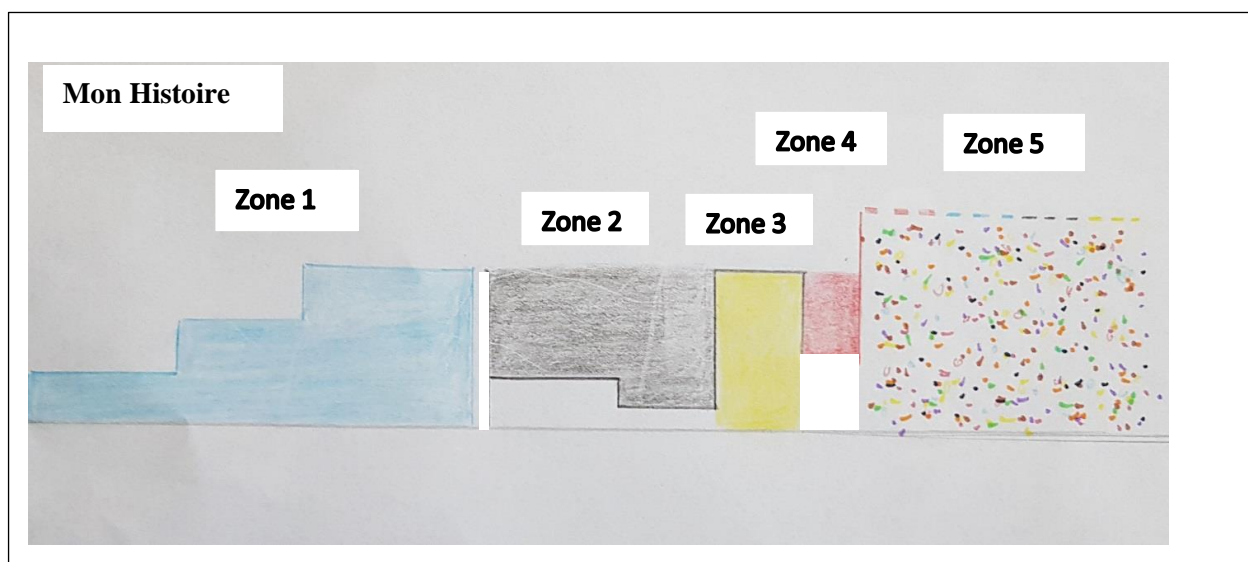
4.2. Subjectivité du patient

Cette partie est consacrée à la description, à la représentation et aux ressentis du patient selon les évènements qui l'ont marqué positivement comme négativement. Avant de revenir dans le détail, en gros, la subjectivité du patient a concerné son vécu avant, pendant et après l'épisode de la maladie. Sur notre proposition, le patient réalisa librement un dessin de vie qu'il dénomma « *Mon Histoire* ». Selon lui, « *c'est ma cartographie intérieure* ». Il nous a semblé important de revenir sur certains éléments comme le vécu et la représentation des symptômes de la maladie, l'hospitalisation ou encore sur le traitement.

4.2.1. Dessin de vie

Comme lui-même le dit il s'agit de la « *cartographie de sa vie intérieure* ». Pour lui, ce sont les couleurs qui décrivent ou donne sens à ce qu'il ressent. Chaque couleur traduit une émotion.

Le sujet établit la chronologie de sa vie en cinq zones :



Zone 1 : Elle est coloriée en bleu clair, pour le patient c'est la joie de vivre. Elle s'étend de sa date naissance jusqu'à ses 24 ans, où il fait son entrée au Canada. Pour E.S, c'était une période où tout allait « *approximativement pour le monde des meilleurs possible, même si mes parents voyageaient beaucoup, je n'étais pas seul, j'avais ma sœur et ma tante. Au moins on avait un parent à la maison en l'absence de l'un ou de l'autre. Je me sentais paisible et entouré ; la famille était réunie, et surtout on vivait ensemble malgré les voyages* ». Pour lui, le bleu clair traduit : « *le beau temps, le réconfort, le soleil brille, même s'il pleuvait le ciel retrouve sa beauté* ». En parlant de cette zone, le sujet laisse apparaître une lueur de joie (sourire). Et de continuer : « *c'était une période cool, avec ma sœur on se réconfortait, de très bons souvenir, les anniversaires par-ci, les retrouvailles par-là, tout le monde était réuni autour de quelque chose* » ; et sur un ton rempli d'amertume « *qui aurait cru que ça finirait comme ça comme un livre d'histoire...* ». Il finit son commentaire en laissant transparaître sur son visage un mélange de déception et de colère : « *faire ce truc là, ça fait mal, pourquoi me demandez-vous à dire autant de choses du passé ? Je pensais que c'est sans commentaires. C'est difficile de parler de tout ça, je suis désolé...* » ; il finit sa phrase dans une vague réaction d'éternuement.

Analyse : IL décrit cette phase comme étant la plus agréable de sa vie, du fait de la présence d'au moins d'un des acteurs ou personnes impliquées dans son développement. La source de sa stabilité psychique n'est pas seulement une figure parentale, mais aussi l'image de sa sœur et celle de sa tante. Le sujet semble trouver des figures d'attachement, source du sentiment de sécurité. Cette description semble faire la lumière, sur la capacité du sujet à discriminer les éléments frustrant de sa vie au profil de ceux positif. Il met en avant, en privilégiant le rapport relationnel avec sa sœur, sa tante, et la présence d'au moins un des parents. Il est beaucoup dans la dynamique affective et relationnelle. Il semble cependant prendre en compte l'existence des conflits intrapsychiques face aux possibles frustrations (« *l'absence d'un des parents, les voyages* ». Nous pouvons dire que le refoulement et la répression des sentiments pénibles ont été bien réussis. L'émergence pulsionnelle semble être canalisée par « *la présence d'au moins un des parents* » et surtout de « *sa sœur* ». Il est dans l'expression de l'affectivité infantile, et égocentrique. L'utilisation de la même couleur, montre l'attitude rigide du sujet, « *tout bon* ». Sa description semble indiquer une mise à distance, ou une fuite en avant de ce qui est source de frustration et d'angoisse d'abandon (l'absence d'un des parents). L'apparition de l'agressivité vers la fin du commentaire nous paraît une évidence, d'une possible résurgence, des pulsions agressives sous-jacentes. Dans sa culture, la couleur bleu ciel, symbolise l'apaisement. Donc s'il y a apaisement, il existerait antérieurement des phases de trouble, et de frustration. Dans son récit, « *même s'il pleuvait, le ciel retrouve sa beauté* », peut être l'indice d'un clivage, entre une reconnaissance de la réalité du monde extérieur, et ses attentes internes.

Zone 2 (24-29 ans) : Représentée par une couleur noire. Pour lui c'est « *un phénomène de chaise renversée* ». Elle représente sa vie au Canada dominée par un sentiment très fort de « *solitude* » précédé d'une petite phase de vide. « *Le blanc ne représente rien, je ne ressentais rien, car tout était présent. Cela fait suite à la décision de mes parents. Mais tout ce qui est sombre, c'est un peu comme mort. J'étais déjà arrivé au Canada, le changement était difficile. Le froid, la solitude, un peu de tout. J'étais très stressé par tout et pour tout ; tout me mettait en colère. Comme si ça ne suffisait pas, on m'annonce en 2009 l'évacuation de ma mère en France pour les soins. J'ai fini par craquer, c'était plus fort que moi, j'ai sombré dans une grave dépression. Le pire reste la mort de mon père en 2012, je me suis senti complètement perdu* ».

Analyse : Il apparaît une petite zone vide, rectiligne et verticale. Celle-ci semble indiquer une chute. Pour lui ce n'est « *rien* ». Ce vide semble constituer une période de transition entre la

zone 1 et la zone 2. Dans la première, il voyait tout en bleu clair. Elle marque une sorte de rupture brutale, une séparation d'avec sa vie antérieure. La couleur noire, symbole du deuil, pas que celui de son passé, mais aussi celui d'avec ses parents, dont l'un vraiment décédé et l'autre à cause de la maladie. L'annonce de la maladie de mère entraîne l'effondrement du patient dans le premier épisode. Il y a une sorte de cumul d'éléments et d'intensification des tensions (stress). Les chances de retrouver l'un des objets narcissiques s'amincissent. Sa dernière phrase « *Le pire...je me suis senti complètement perdu* » semble signer une déconstruction narcissique, même s'il ne signe pas après cet événement de deuil. Les conflits à l'origine étaient liés aux frustrations inhérentes à l'éloignement géographique. Le Moi malgré tout, semblait s'identifier avec la réalité frustrante représentée par les personnes qui l'incarnent²⁹, comme le disait Reich Wilhelm. Mais désormais la maladie de la mère et la mort du père dénote chez le sujet une sorte d'effondrement des défenses du Moi. Le décès semble impliquer une angoisse de perte. La fin de cette zone semble dénaturée, cela peut représenter les blessures à l'origine de la fragilisation narcissique.

Zone 3 (29 ans) : cette période est colorisée en jaune. Pour lui « *le jaune symbolise l'espoir, c'est le retour au pays natal. Je retrouve mon chemin, même s'il semble épineux donc à tout refaire. J'avais envie de réussir, de croire que c'est encore possible. C'était encore un défi pour moi de savoir que je peux encore faire quelque, que je ne suis pas complètement brisée. Rien n'est tard si la vie se prolonge. J'avais repris les études, ça me faisait du bien d'avoir retrouvé mes repères, quelques habitudes ; par exemple le fait même d'avoir de bonnes notes me rassurait que je ne fusse pas débile, j'étais comme les autres, j'avais quelques amis d'école et d'église, et j'avais confiance que j'y arriverai quelques soit les obstacles...* ».

Analyse : Le sujet semble se lancer dans la reconstruction narcissique. Comme lui-même le dit, « *il a retrouvé son repère* ». Cependant toute la zone colorisée en jaune semble indiquer une phase d'excitation. Le levier semble levé. Mais les éléments sources d'émergences pulsionnelles portent en eux les représentants de la réalité frustrante. Le sujet ne semble avoir pris en compte l'existence des agents du stress. Eventuellement l'échec, la déception ou encore les mauvaises notes d'une part. D'autres part, l'existence des normes ou de la morale religieuse très rigide, voire contraignantes semble ignorée. Il semble tout rationaliser. Encore une fois il montre des failles quant au processus de mentalisation. Il est dans le lien de présentification.

²⁹ Reich Wilhelm, (1973), *L'analyse caractérielle*, Payot.

Zone 4 : A 30 ans, survient encore un autre épisode. Il dira à ce propos, « *c'est à cause du stress des examens. J'avais des examens à passer, je paniquais à l'idée de rater mon examen, surtout vue mon âge. Je n'ai pas pu supporter la pression des examens...* ». Il pense malgré tout que c'était normal. Il dit sortir de cet épisode « *vainqueur* ». Car « *pour commencer, j'ai rencontré, et grâce à la maladie beaucoup de gens comme vous aujourd'hui. J'apprends à me connaître et à accepter l'échec* ».

Analyse : Il a colorié cette zone en couleur rouge ; symbole du danger, représente un signal d'alarme. Il parle de cette phase comme s'il s'agissait d'un appel à l'aide, une phase de détresse psychique. Il s'agit plutôt de l'émergence pulsionnelle. C'est la phase de débordement des ressentis affectifs. Il se sent persécuter. Mais nous percevons un clivage dans cette zone car la couleur rouge est relayée par une couche blanche et vide. Est-ce que c'est fait exprès ? Pas si sûr, il peut s'agir là, d'une sorte d'identification affective. Mais le fait que ces deux zones soient séparées, est signe d'émoussement affectif, comme une chute dans la dépression anaclitique. Tantôt émergence pulsionnelle, tantôt leur effondrement total. Cela fait penser, à une psychose maniaco-dépressive.

Zone 5 : « *Elle désigne, ma vie actuelle, marquée de doutes et d'hésitations, de peurs (peur de faire des rechutes) liées à ma santé, à celle de ma mère. Peur de ne pas pouvoir revoir ma mère* ». Il dénomme cette phase « *l'inconnu* ». C'est pourquoi, l'existence des traits discontinus coloriés en plusieurs couleurs. Il n'est sûr de rien malgré les efforts déjà réalisés. Selon ses propos que nous reprenons d'ailleurs ici « *tout tourne en bloc dans ma tête* ». Pour lui, cette phase porte en elle toute son histoire, ses moments de joies comme de tristesse, son passé, son présent et son avenir. Elle lui fait ressasser les souvenirs. Ceux du passé s'entremêlent avec ceux du présent. Il se demande à quoi ressemblerait sa vie sans ses « *compagnons* », ainsi pour parler des médicaments. Il exprime plutôt des ressentis ambivalents, tantôt trouve les bienfaits des médicaments, tantôt les méfaits. Pour lui, ils sont bon et mauvais en même. « *Sans eux, on dit que je suis une catastrophe, mais avec eux ma vie est réduite* ». Pour lui, ce qui sème le doute, c'est le fait d'être dépendant des médicaments. C'est la traversée du désert avec tant de défis à relever. Les réussira-t-il ? Cette question angoisse le sujet : « *je n'aime pas être dans l'incertitude, mais pour l'instant* », disait-il, « *je sais que je suis autonome bien entendu avec mes médicaments* ».

Analyse : Dernière zone du dessin, même si pour le sujet c'est encore une phase de trouble à cause d'un mélange, pour nous elle est révélatrice d'une bonne élaboration. L'existence de plusieurs couleurs, entremêlées et non homogène, traduit une synergie psychique.

Synthèse : Le dessin choisit par le sujet pour retracer l'histoire de vie n'est pas anodin. Il ressemble à une construction inachevée ou qui tombe en ruine. Celle-ci n'est pas couverte, donc facilement vulnérable face aux intempéries. Elle semble abandonnée. Elle matérialise la vie du patient. Chaque niveau représente l'étape de développement et surtout d'évolution psychique. Dans la première zone, les niveaux semblent ascendants. C'est une sorte de stratification des capacités psychique et physique du sujet. Cela indique l'organisation fonctionnelle d'E.S. dominé par une rigidité dans le rationnel. Le sujet met en avant, ses ressentis. Les différents évènements de vie sont représentés dans les différentes couleurs, traduisant ainsi leur vécu.

Ce qui semble empêcher E.S, ce sont ses pensées qui lui font tourner en bourrique « *tout tourne en bloc dans ma tête* ». On peut parler ici, de l'enfermement cognitif, vu que le sujet exprime sa souffrance à travers ses préoccupations imaginaires. L'effort objectif réalisé semble être gelé dans ses pensées nocives. Nous constatons aussi que le deuil de père n'est pas encore fait. La mère encore, souffrant maintient le sujet dans le rapport avec le deuil.

Les signes exprimés qui font penser à un empêchement ou à un enfermement psychique, c'est la recrudescence des idées de morts, de souffrance relevée à chaque entretien. D'autres parts, la tante du sujet se plaint, de son manque de prise d'initiative. Elle a l'impression qu'il fuit quelque chose, comme si quelque chose lui tracasse. Elle est d'autant plus préoccupée du fait qu'à 31 ans, il n'a pas de petite amie. Il s'investit beaucoup trop dans la religion. Pour finir, sa tante dira qu'il est « *fermé* », et ne se livre pas. Elle est donc étonnée qu'il aime venir aux rendez-vous pour le suivi.

D'autres éléments de la subjectivité du sujet ont concerné ses expériences vis-à-vis de sa maladie.

4.2.2. Vécu et représentation des symptômes de la maladie

Selon ses propos : « *c'est humiliant pour moi, d'être sous le regard des autres surtout quand la maladie vous transforme en tirant* ». Il décrit être bouleversé, surtout à l'idée de savoir qu'il disait des choses non cohérentes « *même si celles-ci étaient vraies* », c'est la manière et le moment de le dire qui fait problème. Le symptôme le « *plus pire* », c'était des hallucinations auditives et visuelles « *voir et entendre des choses que les autres ne voient pas ou n'entendent pas, fait de moi une personnes bizarre, maléfique voire mystique* ». Et d'ajouter « *je n'arrive pas à effacer ces moments de ma tête* ». Le sentiment d'**humiliation** est très présent.

Dans son interprétation, les symptômes représentent, « *une sorte de conflit entre Dieu et les mauvais esprits* ». Il pensait être l'élu de Dieu, porteur de message libérateur et dénonciateur du dysfonctionnement social. Mais depuis qu'il a un certain temps, il n'est plus certain d'être investi d'un pouvoir divin. Il pense être « *sacrifié* » mais pour quelle raison et dans quel but, il l'ignore. Pour lui, sa maladie fait suite à une persécution ou hantise des esprits maléfiques. Il perçoit l'hallucination comme une forme de prise d'otage de son esprit. Il croit être entre deux mondes : « *je plane entre le monde des esprits et le monde réel* ».

Selon le patient, « *les symptômes sont très traumatisants* ». Il a du mal à enlever ses souvenirs de sa mémoire. Dans sa culture, le trouble dont il souffre est considéré comme la « *folie* », mais causé par l'envie ou la jalousie de l'entourage familial. Vu, qu'il ne fume pas et ne boit pas, la maladie est donc considérée comme mystique. Il pense être sous l'emprise d'autres forces, qui l'empêchent d'avoir une vie normale et paisible. C'est ce qui explique, qu'il choisisse d'aller vers son église plutôt que l'hôpital.

L'expérience de la maladie reste mitigée. D'une part, il l'a vécu comme un précipice dans l'inconnu. Elle l'a placé pas seulement dans une situation de dépendance (médicaments), mais aussi a contribué à sa vulnérabilité, source de fragilité moïque. Il pense être dégradé par les symptômes de la maladie. Il se tourmente sur ce que peuvent penser les autres de lui. Les expériences subjectives, et les comportements d'autrui sont ici sources d'empêchement ou de malaise. L'humiliation dont évoque E.S, traduit l'interaction entre lui et son environnement. Humiliation, d'abord entre lui, et l'image qu'il a de lui-même. Les symptômes apparaissent comme démolisseurs de sa propre image. Le sujet est atteint dans son narcissisme. Le moi du sujet, est handicapé par les images dégradantes à la suite du symptôme. Cela semble dire, qu'il n'a plus rien à défendre.

4.2.3. Vécu et représentation de l'hospitalisation

Il semble apprécier celle-ci. Pour lui, « *mon arrivée ici, avait freiné l'amplification des symptômes et ma perte définitive* ». « *C'était dur, dans les trois premier jours, mais c'était une solution* ». L'hôpital semble procurer un sentiment de sécurité, et d'assurance. Mais dit avoir toujours recours aux prières de délivrance pour se sentir complètement rassuré. Cela semble, évoquer l'atténuation de l'angoisse qu'il avait ressenti avant son admission. La pratique hospitalière semble être complétée par celle religieuse.

4.2.4. Vécu et représentation du traitement

Notons qu'il est sous traitement depuis trois ans. Au dernier entretien, il était sous Risperdal³⁰, Loxapac³¹, Akineton³² (pour atténuer les effets secondaires) et Anafranil comprimé. Il s'agit d'un traitement à base de deux antipsychotiques (Risperdal et Loxapac), d'un antidépresseur (Anafranil).

Le sujet exprime un vécu mitigé. Il semble très hostile vis-à-vis de son traitement, qu'il trouve trop long et « destructeur ». Il nous révèle, être très remonté contre son médecin, à cause du traitement. Pour lui, ce sont des drogues. Il pense que le traitement est en train de lui rendre non seulement dépendant, mais : « nuit irrémédiablement à mes capacités. J'ai constaté que j'oublie beaucoup, j'ai du mal à me concentrer...la liste est longue ». Au début, il pensait les prendre sur une courte durée mais ce n'est pas le cas. Cela nous amène à penser qu'il ignore que sa maladie est chronique. « Il faut toujours et encore les prendre. C'est épuisant de les prendre tous les jours et presque aux mêmes heures ». Il ne croit plus au pouvoir magique des médicaments. D'autres parts, il pense qu'il n'a plus de choix. Il est tenaillé entre l'envie de ne plus les prendre, et la peur de faire une rechute. Lorsqu'il évoque le terme de médicament, il parle comme s'il s'agissait d'un stupéfiant dont le but s'arrête à la sensation que cela peut procurer. Cela soulève la question de la problématique de la chronicité de la maladie. L'espoir de guérir un jour aide le patient à être observant. Evoquer la chronicité, pour un patient peut être déstabilisant. Mais impossible de faire croire au patient qu'il est guéri alors qu'il continue de prendre des médicaments.

Malgré son niveau d'instruction élevé, il ignore de quoi il souffre. Il nous disait lors d'un entretien « le nom de la maladie m'importe peu. Chacun peut l'appeler comme il veut ». Est-ce une fuite dans le déni ? En tout cas, le sujet feint savoir de quoi il souffre pour éviter un anéantissement psychique. Même s'il voit les chances de guérir complètement s'amenuiser, il préfère croire au miracle divin, porteur de message d'espoir.

Même si on note une absence de la demande manifeste, celle latente quant à elle semble présente. Cela s'explique par le simple fait qu'il prenne rendez-vous lui-même, qu'il cherche à nous voir une fois par semaine malgré qu'il sache que nos rencontres soient dans un but de

³⁰ **Risperdal** : C'est un neuroleptique atypique, certains des effets secondaires sont moins marqués que ceux classiques. Il a les propriétés d'antipsychotique et est indiqué dans le traitement états maniaques associés aux troubles bipolaires

³¹ **Loxapac** : ou encore loxapine est un sédatif, antipsychotique typique indiqué dans le traitement d'états psychotiques aigus ou chroniques.

³² **Akineton** : ou encore Bipéridène appartient à la famille des anticholinergiques et est utilisé pour traiter les syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques.

recherche. Il feint quelque fois semblant d'oublier quelque chose dans notre bureau, juste pour revenir nous voir. Ou encore lorsqu'il oublie vraiment sa sacoche contenant ses médicaments. Tous ses éléments semblent indiquer que le patient est dans la demande, et par surcroît est dans la recherche de solidité ou d'une charpente psychique. Il s'agit bien là d'une demande d'aide, d'une reconnaissance de sa vulnérabilité. Dans la demande latente, il cherche à être compris, à être écoutée, et entendu. Le fait d'avoir accepté nous voir, peut traduire, son besoin d'être accepté, d'être compris.

4.3. Environnement familial

La souffrance du sujet, semble affecter les autres membres de sa famille. Sa tante, personne de substitution de la figure maternelle, très impliquée dans les soins, semble épuisée physiquement comme psychiquement. La maladie a été vécue comme perturbatrice des liens familiaux, et surtout comme déshonneur à l'image familiale. Avoir un sujet, souffrant des troubles psychiques, reste une grosse charge. Elle pense que c'est un mauvais sort qui a été lancé à son neveu. Le sujet serait donc le porteur du symptôme du dysfonctionnement familial.

4.4. Transfert et contre-transfert

Le premier contact avait été établi, lorsque le sujet était encore hospitalisé. Cela s'est fait à force de passer chaque jour dire bonjour au sujet dans sa cabine. Le jour de sa sortie, il demande à nous voir. Il croit que nous disposons de tout le savoir, et pense que nous pourrions mieux le comprendre. Il n'hésite pas à faire des éloges sur nous, quand il est seul avec sa tante. Il adoptait par moment des attitudes de séduction vis-à-vis de nous. Il n'hésitait pas à nous poser des questions parfois d'ordre privé, sortant du cadre. Dans une démarche de contre-transfert, nous avons mis en place, l'espacement des rendez-vous, chose que le sujet protesta au début. Par la suite nous avons associé une collègue dans la dynamique thérapeutique.

Conclusion

Au Rorschach, nous remarquons l'émergence des pulsions, l'angoisse quant à l'image du corps, l'apparition des réponses « *pénétration* » de la variable de Fischer et Cleveland, sont nettement supérieures à celles de « *barrières* ». Cela renvoie à la problématique de la fragilité des enveloppes protectrices et à la porosité du corps. Sur le plan dynamique et affectif, nous relevons des indices d'une affectivité labile (TRI extratensif pur), une difficulté de gestion et

de canalisation des pulsions et sentiments impliquant une faible socialisation. Ailleurs nous relevons une défaillance des processus de mentalisation des conflits et de sa vie intérieure.

Le rapport au réel quant à lui reste suffisant, mais par contre le surinvestissement de la réalité extérieure et objective (études, église...) vient faire écran aux manifestations subjectives. Les réalités extérieures (normes religieuses) imposent au sujet beaucoup de limites et contraintes. Ce qui semble provoquer un empêchement dans le fonctionnement du sujet.

Les indices au test de Rorschach, témoins de la fragilisation des assises narcissiques, associés au sens interprétatif des symptômes (hallucinations auditives et visuelles), semblent montrer la perte de repère. Or la reconstruction de la cuirasse du Moi semble improbable du moment où le sujet est envahi par ses pulsions et affects qu'il n'arrive pas à canaliser. Les sources de l'empêchement semblent inhérentes aux vécus de la vie antérieure du sujet. Lesquels semblent révéler l'existence de l'angoisse de séparation, d'abandon ou de perte d'objet.

L'hypothèse selon laquelle, la fragilisation des assises narcissiques, associée à l'interprétation des symptômes de la maladie explique le blocage narcissique semble confirmée.

Concernant le traitement médicamenteux, même si le sujet reconnaît leur pouvoir sur ses symptômes, son vécu et ces perceptions quant à ceux-ci, traduit une ambivalence. Ils sont à la fois porteur de pouvoir de guérison et à la fois responsable de la destruction des éléments narcissistes. Il les perçoit tout d'abord comme des « drogues », donc substances illicites, leurs effets secondaires « la dépendance » évoquée par le patient. Il associe « *drogue* » à maladie mentale. Enfin, il attribue la baisse de ses capacités cognitives aux médicaments. Tous ces éléments semblent aller en faveur de notre hypothèse selon laquelle le vécu et la représentation du traitement peuvent expliquer la déconstruction narcissique.

Le sujet semble très attentif aux faits et gestes de son entourage, il peut aussi l'être quant aux préjugés sociaux. Dans la variable « préjugés sociaux », il s'agit de l'attribution des défauts, ce qui entraîne une perte de statut social ou de pouvoir social, une séparation entre le sujet et son entourage sur la base de certaines différences superficielles. Par crainte de subir les préjugés sociaux, le sujet a choisi faire une anticipation sur le vécu, d'où sa tendance à l'isolement et à l'aliénation intériorisée. Cela semble confirmer l'hypothèse selon laquelle, les préjugés sociaux paraissent expliquer l'empêchement des manifestations subjectives chez le patient.

Cas D.

1. Approche sémiologique

1.1. Biographie

Agée de 32 ans à la date du dernier entretien (27 décembre 2017), la patiente est revendeuse des produits locaux. Elle est mariée et mère de deux filles respectivement âgées de 08 ans et 04 ans. Elle n'a pas pu suivre de formation après l'obtention du Baccalauréat série D (science).

Son père est polygame. Fratrie consanguine de 07 enfants dont elle occupe le sixième rang, mais utérine de 03 enfants dont elle est la dernière. Père était fonctionnaire à la fonction publique, mère revendeuse et est devenue pasteur dans une église qualifiée de charismatique. Père décédé « *brutalement* » selon ses mots, alors qu'elle était âgée de 21 ans, suite à un accident vasculaire cérébral. Mère vivante et bien portante. Selon ses dires, elle avait une relation fusionnelle avec son père qui la choyait et gâtait beaucoup. A ce propos, elle parlait de son père en employant le « présent » comme s'il était encore vivant : « *mon papou, il est très délicat, toujours attentionné, qui ne rêve pas d'avoir un papa comme le miens, il trouvait toujours du temps à jouer avec moi lorsque j'étais petite... et ceci jusqu'à mes 18 ans* » (elle finit sa phrase en pleure). Il la considérait comme sa benjamine malgré qu'elle ne le fût pas. Quant à sa mère, très différente de son père, autoritaire et manipulatrice. Elle décrivait ses relations avec sa mère comme « *compliquées, et tumultueuses. Je n'ai pas vraiment le choix, elle reste ma mère malgré tout, en plus c'est l'unique parent qu'il me reste* ». Elle souhaite qu'on parle d'autre chose plutôt que de mère.

Avec ses frères utérins, ses relations sont passables, car ils sont trop proche de la mère, mais avec ses demis frère : « *tout se passe curieusement bien malgré que nous ne soyons pas de la même mère, on s'entend très bien, ils font beaucoup attention à moi, malgré le comportement de ma mère à leur égard, vous savez, ma mère est comme du sucre qui vous nuit à petit pas* ». Sa mère en veut tellement à l'autre femme et à ses enfants de l'avoir privée de son mari. C'est donc par « *la jalousie* », « *ékélé houannou* » qu'elle s'agite ainsi.

Sur le plan scolaire, elle était très bonne élève et avait de bonnes notes, ceci jusqu'à l'obtention du baccalauréat. Elle aimait beaucoup les disciplines comme Mathématique, physique, SVT, et l'anglais. Petite, elle voulait devenir médecin. Mais « *malheureusement, il faut croire que ce n'était qu'un rêve d'enfant, car j'ai obtenu belle et bien le Bac mais mon père était décédé, et à la veille de la rentrée, j'étais tombée malade. Je pense que ma vie est*

devenue un désastre depuis ce jour où mon père est décédé. Il s'en est allé avec une partie de moi. Un an plus tard, je fus internée dans un centre de prière croyant que j'étais possédée d'un mauvais esprit. Ma mère était certaine que cela provenait de sa rivale et de ses enfants. J'ai passé presque un an là-bas. Bref je n'ai pas pu m'inscrire ni en médecine ni nulle part ailleurs. Quand j'y pense j'en veux à mon père d'être parti ci- tôt. Je pense qu'avec l'aide de Dieu et celle de mon mari, je ferai une formation en informatique ».

Sur le plan développemental, nous avons obtenu ces informations de la part de la mère de la patiente. Elle est venue au monde par voie basse comme les autres, elle avait ressenti beaucoup de douleurs pendant le travail, qui d'ailleurs s'était fait en 48 heures. A sa naissance, elle était toute petite. Elle tétait sans relâche, et cela l'épuisait. Mais très vite, s'intéressait à la voie de son père, plutôt qu'à la sienne. Marche à 10 mois, langage à 09 mois. Elle était très curieuse dans son enfance, posait beaucoup de questions, très loquace. Elle se confiait beaucoup à son père. Elle a eu un développement normal, d'après sa mère jusqu'à son adolescence.

Il y avait beaucoup de conflit à la maison, d'une part entre le père et la mère, et d'autre part entre la mère et la marâtre. Malgré que chaque enfant se range derrière sa mère, la patiente quant à elle, était indifférente et accusait quelque fois sa mère d'être à l'origine. Elle imputait à sa mère tous les conflits familiaux.

Phase d'adolescence : selon la patiente tout était normal jusqu'à ses « *fichues treize ans* ». C'est-à-dire âge où elle a eu ses premières règles, qu'elle décrit avoir eu beaucoup de honte, de peur et sentiment de mal être. Tout cela fait suite aux conditions dans lesquelles elle a eu celles-ci : « *je n'étais pas préparée, c'est arrivée accidentellement autour de 11h à l'école, non seulement j'étais complètement bouleversée, et très inquiète du fait de ne pas savoir ce qui m'arrivait, mais comment faire devant les réactions et surtout les regards moqueurs de mes camarades d'école ; beaucoup avait vu du sang sur ma jupe, et savaient ce qui c'était et ce que cela signifiait sauf moi. J'étais en rage contre moi-même et contre mes parents* ». A son retour d'école, elle alla s'adresser directement à son père. Malheureusement elle fut redirigée vers la mère, car selon les dires de son père « *Ah je vois, va voir ta mère c'est son rôle, elle saura mieux t'aider et mieux te conseiller* ». Pour elle, c'était un rejet ou refus de la part de ce dernier. Depuis cet incident, sa mère devint encore plus sévère à son égard, vu qu'elle est l'unique fille. Par conséquent, toute fréquentation ou sortie en dehors d'Eglise lui était interdite. Un jour, elle a été sévèrement punie par sa mère, car elle trainait avec un garçon son l'école. Dans toutes les ethnies et culture du Togo, quand une fille tombe

précocement enceinte c'est la mère qui est désignée comme coupable. Elle est responsable dans l'éducation de la jeune fille. Pour revenir à notre patiente, elle n'avait pas reçu d'éducation sexuelle, car le sexe était un tabou dans sa famille, personne n'en parlait. Pour la mère, elle devait être un modèle, vu qu'elle est devenue Pasteur et responsable d'église, l'éducation était très stricte.

Elle a eu son premier rapport sexuel à 22 ans, volontaire. Même si au début, c'était douloureux, elle l'a apprécié. Elle était très amoureuse et voulait s'adonner complètement à celui qui est devenue son mari. Malheureusement elle était enceinte à la suite de cette première expérience sexuelle. Ce qui mettra sa mère dans tous ses états. Pour avoir déshonoré sa famille et surtout sa mère, elle fut renvoyée de la maison. Ne sachant quoi faire, et surtout sans défense, elle avait rejoint son conjoint. Celui-ci étant un jeune diplômé en informatique, malgré qu'il se cherchait encore, arriva quand même à répondre à leurs besoins. Elle et son mari voulaient faire le mariage avant la naissance de leur premier enfant. Ils finirent par le faire dans le respect des règles coutumières. La cérémonie et rituel de dote eurent lieu dans la famille paternelle. Sa mère et ses frères s'y opposèrent à tout. Ils refusèrent d'assister à toutes les cérémonies.

Actuellement, selon ses dires, il y a toujours des tensions qui se dégènèrent régulièrement en conflits entre son mari, sa mère et ses frères. Elle pense que sa vie n'est qu'une succession d'échec. Son mari hésite à l'aider pour faire une formation à cause de sa famille.

1.2.Motif de consultation

Elle a été hospitalisée pour insomnies, agitation, refus de s'alimenter, délire à contenu persécutif, agressivité verbale et mutacisme. Quatre hospitalisations en deux ans, inobservance thérapeutique (refuse de prendre le traitement), déni de la maladie (par la patiente et sa famille sauf son mari), conflits familiaux (entre l'époux et la famille de la patiente) autour de la maladie.

1.3.Antécédents personnels et familiaux

Sur le plan personnel, pas de notion de trouble mental avant le premier épisode ayant nécessité une hospitalisation.

Sur le plan familial pas de connaissance de trouble mental connu à ce jour. Mais d'autres parts père décédé à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

1.4. Anamnèse ou histoire de la maladie

Première hospitalisation à 25 ans: Cette première admission intervient, après 47 semaines enfermée par sa famille dans un centre de prière, situé à 20 km de Lomé la capitale. A son admission, elle présentait, un amaigrissement (perte considérable de poids), mutisme, insomnie, agitation psychomotrice, saut d'humeur avec des rires et pleures immotivés, rituel de prière à répétition (se met à genou, ferme les yeux, marmonne quelque chose, lève les mains vers le ciel, avant de conclure à haute voix « *au nom de Jésus* »), hétéro-agressivité. D'après son mari, la maladie serait apparue d'une façon insidieuse, parlait en s'agitant dans son sommeil, l'insomnie, s'en est suivi une semaine plus tard, des réactions incohérentes, répétait toujours la même phrase en criant « *wo dza wum looo, azeto, awo Yesus va xo nam, moudon* » c'est à dire « *on va me tuer, sorcier..., Oh Jésus viens me secourir, je suis dans le pétrin* ». Elle proliférait des insultes à l'égard de tout le monde et frappait trop sa fille de trois ans. Devenant de plus en plus intenable, sa mère l'envoya dans un centre de prière « *Mont Sinai* » pour être délivrée. Après 47 semaines sans aucune amélioration, devant la complication, l'intensification des symptômes associé l'amaigrissement, le mari fut mis au courant par un adepte de ce centre. Une nuit avec l'aide de ce dernier il réussit à faire sortir sa femme et la conduisit dans un Centre Médico-social (CMS). La patiente fut référée au CHU Campus pour une meilleure prise en charge. Sous traitement à base d'anxiolytiques (valium), et d'antipsychotique (Largatil), certains symptômes comme l'insomnie, l'agitation et l'agressivité furent amendés au bout du quatrième jour. Il fut associé un traitement à base d'antidépresseur (Laroxyl 25 mg). Elle sortit de l'hôpital après 03 semaines, mais sous traitement à base de largatil cp, laroxyl cp). Refus d'une prise en charge psychologique, et non-respect de la prise des médicaments. Surinvestissement religieux (régulière à l'Église, une veillée de prière par semaine qui dure de 21h- 6h de matin). Ce qui donnera lieu à une deuxième hospitalisation sept mois après le premier épisode.

Deuxième hospitalisation : Elle est survenue de manière insidieuse et marquée par l'insomnie, propos incohérent, délire d'interprétation mystico religieux, agressivité verbale, agitation, cris et hurlement. Cette admission sera la plus longue de toutes (environ 06 semaines). Au cours, de celle-ci, nous avons assisté à maintes reprises à des altercations entre le Mari et sa belle-famille d'une part, et d'autre part entre l'équipe des infirmiers et la famille (mère et frères) de la patiente. Ceci pour cause, cette dernière s'immisce dans le protocole des soins instauré, demandant au malade de refuser les médicaments. Compte tenu des répercussions négatives de leur présence aux cotés de la patiente, il fut décidé par l'équipe

soignante de leur interdire l'accès à la salle d'hospitalisation. La mère tentera sans succès de faire enlever la patiente pendant son hospitalisation.

Face à l'agitation, à l'agressivité, une contention physique lui fut placée.

Troisième hospitalisation : celle-ci survient juste après l'accouchement de sa deuxième fille marquée par une insomnie survenue 04 jours avant l'accouchement, une agitation et une logorrhée.

Quatrième hospitalisation : Cette dernière fut de courte durée, à peine demi-journée. Celle-ci intervient sur demande de la patiente sur fond d'angoisse de rechute. En effet elle aurait réveillé son mari autour de 02h30' du matin car elle avait des difficultés à dormir malgré la prise de médicament. Son mari décide de la conduire car selon ses dires « *elle devenait de plus en plus nerveuse et agressive* ».

Observations : Le premier et le deuxième épisode semblent n'être qu'un seul, même s'il y a eu sept mois d'écart entre les deux. Le deuxième semble être la suite logique du premier, car la patiente reste toujours dans la même dynamique conflictuelle, le déni de la maladie impliquant le non-respect des indications thérapeutiques (non seulement ne respecte pas les doses prescrites par le médecin, mais aussi saute certaines prises), provoque l'insomnie pour rester éveiller (soupçonne que son mari lui fasse du mal en la ramenant encore à l'hôpital pendant son sommeil). Pour le premier épisode, l'insomnie était provoquée pour éviter de parler dans son sommeil, et surtout éviter les cauchemars et les terreurs nocturnes. Le point commun entre ces deux épisodes, c'est la provocation de l'insomnie. Pourquoi provoquerait-elle l'insomnie malgré ses dires : « *le sommeil est très important pour être en bonne santé dans sa tête* ». La réponse semble se trouver dans les activités oniriques, les terreurs nocturnes, des cauchemars, ont déclenché des ressentis très angoissants. Elle nous dira au cours d'un entretien « *je suis très apeurée de me retrouver seule, impuissante face à ces fantômes qui me tétaient le corps la nuit, et impossible de penser à autre chose, j'étais complètement envahie par des sensations bizarres, je sursautais au moindre bruit. Et quand le soir s'approche, la peur s'intensifiait en moi, mon cœur battait très fort comme si quelque chose allait m'arriver* ». Ayant reçu une éducation chrétienne, chaque rêve non agréable est donc scruté et interprété comme l'œuvre des esprits mauvais, l'actions des personnes maléfiques, des sorciers qui veulent s'attaquer à son esprit. Elle se sent donc menacée, de jour comme de nuit. Le jour par des conflits réels, notamment tensions conjugales et celles familiales. Elle est prise dans un tourbillon, et succession de conflit interminable. Le premier

opposant la mère et le père de son vivant. Une sorte d'alliance était constitué d'un côté la mère et ses deux aînés, de l'autre côté nous avons le père et la patiente. La mort de ce dernier sera vécue comme un abandon, voire une trahison. Désormais seule face à l'autre bloc, elle capitula pour se plier aux ordres et volontés de celui-ci. Au cours de son développement, pendant sa phase de latente c'est-à-dire entre 5 et 11ans, elle était utilisée comme une espionne au service de la mère, pour rapporter pas seulement les faits et gestes du père, mais aussi ceux de sa marâtre et ses enfants. Elle arrêta l'espionnage pour deux raisons ; la première fut la gentillesse, les marques d'affections et d'attentions que ses demi-frères et leur mère l'accordaient. Le deuxième pas des moindre fut un rêve dans lequel elle était seule, où les gens avaient à son encontre un regard culpabilisateur, de reproche, parfois d'autres évitaient même de la regarder. Elle dira à ce propos « *je me suis sentie très mal, indigne, et à mon réveil, j'avais un sentiment de honte, et celle-ci me hante jusqu'à ce jour* ». Désormais rongée par le poids sa culpabilité, elle essaya de s'éloigner et de sa mère, en s'opposant ouvertement à elle. La phase d'adolescence, comme elle le décrivait reste la période la plus « *sombre comme celle actuelle (certainement à cause de la maladie) de ma vie* ». Elle est convaincue être responsable de la mort de son père, vue le contexte dans lequel celui-ci est décédé, car c'est en la défendant, qu'il s'est disputé avec sa mère, et c'est au cours de cette altercation qu'il aurait fait un malaise, chute de sa propre hauteur, perte de connaissance, coma et mort plus tard. Elle revoit cette image de son père souffrant, regard absent. Ce sera le dernier souvenir gravé à jamais dans sa mémoire. Il décéda aux urgences quelques heures plus tard. Pour elle, il n'y a aucun doute, l'hôpital est un lieu où on vient mourir. La mort du père a réactivé l'angoisse pas seulement de castration à cause de la mère, mais aussi celle de séparation et de perte d'objet de désir. Le travail de deuil n'a jamais été fait, car deux semaines après l'enterrement du père, ils ont dû déménager à cause en dehors bien entendu des conflits inhérents à la polygamie, mais aussi ceux aussi liés à l'héritage. Désormais seule face à sa mère et ses frères, elle n'avait plus d'autres choix que de s'investir dans la religion, grâce laquelle elle rencontra celui qui est devenu plus tard son mari. Le choix de ce dernier n'est pas le fruit du hasard, mais il s'avère être l'image de substitution du père. Par exemple pour décrire son père, elle utilisait les points de ressemblance et de similitude pour le faire « *mon papa a la même taille et le même teint que mon mari* », « *il est très tendre et gentil comme mon papa* » ou encore « *sa voix est presque pareille que celle de mon mari, et j'admire par-dessus tout leur courage, et ils sont prêts à tout* ». Son mari au début de leur relation, avait réussi à la rapprocher davantage de ses demi-frères, ce qui n'était pas envisageable après le décès du père. Sa mère n'accepte pas du tout son mari, elle lui tient

pour responsable de son éloignement avec sa fille, et surtout de l'avoir mise enceinte alors qu'ils n'étaient pas encore mariés. Cette grossesse est considérée comme signe de péché et d'impureté, car selon les normes et les valeurs religieuses et sociales c'est interdit d'avoir les rapports sexuels avant le mariage. C'est l'un des péchés considéré comme très grave. La position de sa mère reflète celle qu'elle impose à ses fidèles de son église. Ils ont appliqué la sanction prévue à cet effet, soit l'exclusion ou plutôt accepter être exposé dans un coin de l'église à l'écart pendant quatre semaines pour expier ses fautes. Elle et son mari pour éviter d'être humiliés publiquement avaient décidé quitter cette église. Actuellement, elle a l'impression « *comme si rien n'a changé, toujours les mêmes conflits, les choses sont comme avant, avec les mêmes accusations. C'est bizarre, je viens de réaliser qu'avec mon mari, ma relation avec ma mère est pareille qu'à l'époque où mon père était vivant, toujours et encore presque les mêmes problèmes* ».

2. Hypothèses diagnostiques

Au total, jeune femme de 32 ans, mariée et mère de deux enfants, admise à quatre reprises au CPPM en deux ans, dont les deux premières hospitalisations s'avèrent plus longues. Sur le plan symptomatologique, nous avons les cauchemars et terreurs nocturnes ayant conduit à la provocation de l'insomnie, le délire persécutif à contenu mystico-religieux, agitation psychomotrice, refus de s'alimenter, mutacisme, hétéro-agressivité verbale, irritabilité, réaction d'hostilité, surinvestissement religieux, adhésion à son délire. Tout ceci sur fond de conflits familiaux, de conjugopathie, et un deuil non fait. Ce tableau clinique nous a amené à penser ou à formuler une hypothèse d'une **psychose réactionnelle**, excitation maniaque vu que les symptômes ont été brefs, et surtout apparu suite à des conflits très stressants ayant évoluée vers un syndrome psychotique chronique à cause de la prise en charge tardive et l'inobservance thérapeutique constatée après la première hospitalisation.

A la différence nous pourrions faire l'hypothèse d'une excitation maniaque, à cause du contexte d'apparition des symptômes et la prévalence de l'agressivité qui fait penser à l'excitabilité

3. Hypothèse de recherche

H1: Le vécu et la représentation de la maladie, source d'angoisse, semblent traduire l'empêchement et la d'effondrement narcissique chez la patiente.

H2 : Le syncrétisme culturel source d'angoisse semble empêcher la reconstruction de la subjectivité et l'intersubjectivité chez la patiente.

4. Approche des processus psychiques

4.1. Dimension concrète

Pour rappel, en dehors du premier, la plupart des épisodes étaient brefs, déclenchés en majorité par les mêmes facteurs : conflits familiaux liés aux coutumes d'origine. La patiente adhère totalement à l'idée que sa maladie est liée au climat familial, aux conflits sur fond de rupture de la pratique des rites coutumiers. Selon ses dires « *ma vie est fichue à cause de ce fétiche vodou, je pense que mon papa a été tué par lui, et maintenant il m'a rendu folle. Tout cela parce qu'on n'a pas fait ce qu'il fallait faire. C'est une malédiction, encore et toujours des conflits qui ne font du bien à personne. Seul le fétiche peut se réjouir d'avoir pris sa revanche sur nous. Le pire dans tout ça, c'est que je ne peux même pas l'avouer à mon mari par crainte qui m'abandonne lui-aussi. Ma mère ignore que j'ai découvert ce secret avant même la mort de mon papa. Je suis coincé entre l'amour de mon père et l'autorité de ma mère* ». Ces propos nous plongent dans la problématique d'une double affiliation ou plutôt de son échec. D'ailleurs au premier entretien, à la question portant sur son identité, après quelques hésitations elle répondit « *je ne sais pas qui je suis réellement, j'ai en réalité trois prénoms, dont un faisant allusion à mon appartenance au vodou, que personne ne connaît, à part moi, mon papa et ma mère* ». Parlant de cette identité, nous constatons dans le son de sa voix un tremblement, le visage assombré exprimant une crispation et l'amertume. La patiente semble beaucoup attachée à la coutume de son père, qu'elle ne peut pas accomplir par soumission à l'autorité de sa mère. Cet interdit est la source même de son angoisse et de ses pertes de repère.

Durant l'ensemble des entretiens, la patiente montre à travers ses attitudes, une ambivalence vis-à-vis de sa mère qu'elle trouve « *coupable et protectrice* » à la fois. Il apparaît par moment des attitudes de méfiance. Selon la patiente, elle a l'impression qu'elle vit un chaos qui ne cesse d'augmenter dans son quotidien, car pense « *...fonctionner au ralenti, je n'y arrive pas à penser à l'avenir, tout est embrouiller dans ma tête* ». Cela traduit les difficultés qu'elle a à anticiper les choses et à ressentir ses besoins. Il y a une sorte de ressenti de l'angoisse en permanence. La croyance et l'adhésion à celle-ci rend la patiente psychologiquement inaccessible. Elle baigne dans des conflits sans fin, d'une part avec le fétiche vodou, et d'autres parts, les conflits quotidiens entre sa mère et son mari d'un côté et de l'autre, sa mère et ses oncles paternels. Elle croit être à l'origine de ces conflits, car elle est au front aux côtés

de sa mère sans y être vraiment. Même si elle ne le dit pas ouvertement, elle semble accuser son mari de vouloir l'éloigner de sa mère et de vouloir la rapprocher de ses oncles paternels.

Enfin, la patiente semble inquiète d'une possible attaque du fétiche vodou sur ses enfants. Elle redoute cela, c'est pourquoi elle veut éloigner ces derniers de sa famille, surtout de sa mère.

A ce stade de notre étude nous nous sommes appuyés du test projectif de Rorschach pour une analyse approfondie. La passation du test s'est déroulée dans un bureau appêté à cet effet sans aucune incidence. La patiente souhaitait avoir son compagnon à ses côtés pendant la passation.

4.1.1. Protocole de Rorschach

		REPOSES	ENQUETE	COTATION
I	23''	Je peux dire que soit, ressemble à 1-Agouto ou	A cause de la couleur de la peau, ses poils et densité donc c'est agouto (agouti) laisse échapper « Ebola » papillon car ailles des antennes (ensemble)	1 = G F+ A 2=GF+A Ban
	1'11	2-un papillon		
II	44''	Je ne sais pas à quoi cela ressemble	peut correspondre aux pattes d'un animal couleur rouge et noir	Refus réductible (G F- Ad)
	1'43			
III	37''	Ça ressemble plutôt à 1-Crapaud	Crapaud c'est ensemble, Crabe, le milieu, une partie en bas, les yeux (partie infé médiane)	1 = G F- A 2 = D F+A
	2'10	2-Crabe (je ne suis pas douée en dessin) vous m'avez dit de dire à quoi cela ressemble ou bien... ? (rire) comme vous voulez je laisse le commentaire		
IV	2'13	Ça là ...C'est une Grenouille,	je vois les pieds là indique avec le doigt, ensemble de l'image	G F-A
	3'13	(indique avec le doigt/mais c'est une grenouille), coupé en 2, on a montré une partie		
V	1'37	(Se penche pour bien voir), c'est une chauve-souris	je vois les ailles et les pieds, je vois les yeux petits	G F+ A Ban
	2'29			
VI	2'04	Je ne sais pas à quoi ça ressemble, mais je peux dire, je vois :	les 2 petites formes claires sur l'axe médian sup : yeux (indique) poils : partie sup moins extrémité haute	1 = Dd F- Hd 2 = Dd F-Hd
	3'10	1-là vers le bas les yeux 2-Les poils		
VII	3'22	C'est 1-la vue d'une coupe d'un animal mais je ne sais pas l'animal auquel ça ressemble mais par contre là c'est	L'ensemble du dessin représente la coupe d'un animal, et là les fesses (tiers inférieur en totalité), et ici l'anus (partie médiane sup tiers inf) avec main)	1=G F Anat/A 2 = D F- Ad 3 = Dd F- Ad
	5'23	2-Les fesses et 3-anus d'un animal, ce n'est pas une personne,		
VIII	2'53	Je vois là 1-les deux animaux en rose greffés à ce qui est en noir	1. Forme en rose extrémité latérale 2. Partie grise supérieure	1 = D F+ A Ban 2 = D F- A
	7'08	2-Souris, ligne qui sépare... (touche la zone)		
IX	5'55	(Touche de toute la tête), c'est une crevette mais avec cette couleur verte je doute...	C'est l'ensemble je conserve crevette	D/G C F-A
	6'06			
X	3'21	Je peux dire, ça là :	1. Les deux petits en jaune intérieur (médiants infé) 2. Nombreux, Petit et mélangé insecte	1 =Dd F+ Hd 2=D/G Kan+/- A
	4'01	1. Des yeux, et le reste (indique avec la main) 2. Des insectes qui marchent		

4.1.2. Psychogramme

Psychogramme de D. B. 34 ans			
Production	Appréhension OU Localisation	Déterminants	Contenus
R = 16 Radditives= 1 TTotal : 36'34 TLM : 138,9 s IHC/IDC (0%25%)	G = 8 /51% D = 4 /25% Dd = 4 /25% Dbl = 0 /0% Do/Di = 0/0%	F+ = 6 F- = 8 F+/- = 0 F% = 88% F% élargi = 94% F+% = 43% F+% élargi = 43% FC= 0 FC' =0 CF= 1 C'F = 0 C= 0 C' = 0 FE=0 FClob = 0 EF=0 ClobF = 0 E = 0 Clob = 0 K= 0 Kan = 0 Kan+/- = 1 kanC = 0 kpc = 0 kob = 0 TRI=0/1 (k>c) Fle.Compl : 1/0 RC% = 31%	A= 11 Ad=2 (A)=0 A/H= 0 A% = 72% A% élargi= 72% H= 0 Hd= 3 (H)= 0 H/A=0 H% = 22% H% élargi= 22% Anat= 1 Sg= 0 Art= 0 Sex= 0 Abs= 0 Elt= 0 Frag= 0 Alim= 0 Géo= 0 Bot= 0 Pays= 0 Obj= 0 Symb= 0 Sc=0 Arch= 0 Hd+Anat+Sg+Sex=4
Phénomènes complémentaires : Refus= 1 Chocs+ Blocage=2 Ban=3 B= 4 B&P= 0 P= 1 IA%= 28% ; Choix + : VIII et X Choix - : IV et VI			

4.1.3. Analyse complète des processus psychiques

Eléments quantitatifs et qualitatifs

D. a une production inférieure à la normale (R= 16), **mais** avec une verbalisation fluide et quelque fois crue. Le temps de latence trop élevé à la norme à toutes les planches et surtout avec un pic à la planche IX (TL= 5'55''). Refus réductible à la planche II, existence des chocs

à toutes les planches, ce qui dénote une réaction d'anxiété et d'angoisse pendant tout le protocole.

I- Processus cognitifs et intellectuels

D. semble très inhibée, avec un temps de latence trop élevé à toutes les planches. Temps par réponse au-delà d'une minute (va de 1 minute 11 secondes à 7 minutes 08 secondes), ce qui renvoie vraisemblablement à une lenteur dans les processus cognitif et intellectuel, qui n'est pas ici synonyme de retard mental, mais plutôt d'un état psychotique. Elle montre très peu de capacités d'élaboration mentale (G = 51%) et l'analyse est brève (D = 25% diminué). Au vue de divers indices, D. semble très peu intérioriser les processus de pensées (F+% diminué, A% élevé, absence de K, Hd > H). La prédominance des G simples traduit un faible investissement du fonctionnement cognitif, avec une curiosité intellectuelle limitée. Cela paraît être un mécanisme de défense qui indique en partie la passivité qui n'est rien d'autre qu'un refus d'engagement et d'investissement intellectuel devant les situations réelles et surtout stressantes. Cela semble mettre en évidence une fuite du réel dans un désinvestissement objectal et **repli narcissique dans l'imaginaire (G% avec deux D/G dont 1 confabulé et 1 énuméré)**. F+% = 43% très bas semble traduire une mauvaise qualité dans le rapport avec le réel, signant ainsi un état psychotique. Ces G paraissent dénoter la problématique du vécu corporel lacunaire. Les réponses D (25%) en dessous de la norme, dont la moitié F+ et moitié F- semble traduire d'une part un ancrage à la réalité objective mais d'autre part porteuses d'une manifestation négative montrant ainsi l'échec de tentatives de maîtrise des motions projectives pulsionnelles et fantasmatiques. Les réponses Dd nettement supérieur à la norme (25%) et surtout à prédominance de mauvaise qualité formelle, traduit chez D. des processus projectifs via pensées interprétatives, voire délirantes. Mais cette posture traduit plutôt une démarche cognitive rigide et à prédominance de formes arbitraires. F% = 88% très élevé vis-à-vis de la norme, réponses additionnelle planche II, nous conduit encore une fois à un processus d'inhibition. L'absence de K signe la pauvreté de mentalisation et de vie intérieure, le A% très élevé (72%) témoigne d'une certaine stéréotypie de la pensée qui est peu créative. Même si l'enquête semble évoquer une grande liberté d'expression, il indique une persistance de l'angoisse, ce qui semble impliquer un échec de tentatives de contrôle rationnel. Le rapport IHD/IDC donne 0%/25%, ce qui semble indiquer une dysharmonie cognitive.

II- Facteurs de socialisation et rapport au réel

D. montre des préoccupations quant au rapport à l'autre, celui-ci est en réalité mal géré (A% élevé, associé à l'absence de H et de K), difficulté éprouvée dans le contact avec autrui. Le H% légèrement élevé avec la quasi prévalence de Hd, renvoie à une relation d'objet partielle. Cette prévalence de Hd traduirait la présence d'anxiété dans l'appréhension de l'être humain qu'elle n'arrive pas à aborder dans son intégralité. Les Banalités sont inférieures à la norme (b=3), ce qui nous conduit à penser qu'elle montre de faibles capacités d'adaptation à la réalité extérieure et une faible socialisation. Néanmoins le F% élargi supérieur à la norme, montre qu'elle est capable de tenir compte de la réalité et d'établir une limite entre elle et le monde extérieur. Pour ce faire, elle a tendance à recourir de façon priorisée à des mécanismes rationnels pour contenir la réactivité émotionnelle. Existence dans le protocole des traces des pensées communes (A%, H% et 3Ban), mettant ainsi à distance les processus primaires (absence de réponses (A), (H), H/scène, A/sang).

III- Dynamique affective

D'une part TRI (0/1), K et C inférieur à deux et d'autre Fc (1/0) k et E inférieur à deux. Cela nous conduit à dire que le TRI et la formule complémentaire vont dans la même direction, c'est-à-dire TRI coarté et Fc renvoie à la coartation, le tout traduit une inhibition (angoisse inhibant). Elle exprime une sorte de cristallisation des réactions défensives manifestant ainsi une faiblesse dans les processus de contrôle émotionnel. La présence de l'angoisse met à mal les mécanismes de défense du moi (IA élevé, refus, choc, temps de latence trop élevé). Difficulté à appréhender l'autre dans sa globalité, l'indice d'angoissé très élevée (IA= 28 %), évoquant ainsi les mécanismes d'isolations et une préoccupation à propos de l'image du corps. La prise en compte de tous les facteurs impliqués dans la dynamique affective nous amène à penser que : D. semble vulnérable, car la quasi présence du blocage réduit ses capacités d'adaptation aux situations. Elle semble peu tolérante aux situations de stress.

IV- Analyse planche par planche

Planche I

A la première planche du test, D. semble capable à s'adapter à la réalité extérieure et faire appel à ses ressources psychiques pour faire face à la situation inconnue (réponses avec une bonne qualité formelle et identifiée dans leur entièreté). Elle montre une certaine confiance en

soi, elle s'affirme dès la prise de parole : « *je...* ». Mais si on regarde de plus près, ça laisse penser à une attitude formelle de rigidité défensive : « *je peux dire que soit, ressemble à agouti ou papillon* ». Cependant le fait de donner la première réponse en sa langue maternelle éwé « *...agouto* » semble plutôt traduire un vécu d'angoisse. Cette réponse a un caractère phobique car d'une part appréhende la tache par partie, notamment « *couleur de la peau, poils et densité* ». D'autre part, « *agouto* » (agouti) a été interdit au Togo, connu être éventuellement l'un des porteurs du virus à « *Ebola* » mortel, donc reste un animal très craint, perçu comme dangereux du point de vu de la contagion et surtout à éviter. La deuxième réponse « *...papillon* », banal, semble traduire un processus de survalorisation narcissique devant l'angoisse provoquée par le contenu de la planche.

Planche II

Temps de latence très élevé (44' double de la norme), refus réductible, témoigne de la présence de choc et éventuellement d'angoisse de castration. L'existence à l'enquête d'une réponse G de mauvaise qualité formelle dénote la réaction de fuite et d'évitement face à la situation de conflit : « *...pattes d'un animal...* ». D. met en place ici les processus de mécanisme de défense massifs et particulièrement rigide d'évitement devant les sollicitations pulsionnelles. « *Pattes...* », il peut s'agir aussi d'une connotation sexuelle qu'elle refuse d'assumer.

Planche III

A cette planche, elle semble bloquée (temps de latence élevé). Malgré que la première réponse ait été identifiée dans sa globalité « *...crapaud* », l'absence d'une réponse humaine semble témoigner de l'incapacité de D. à s'identifier à l'espèce humaine, faible capacité dans le rapport avec autrui. Cela semble traduire une fragilité dans la structuration identitaire et des difficultés dans le processus de séparation/individuation. La réponse « *crapaud* », semble traduire un symbole masculin, phallique, mais la réponse « *crabe* » identifié partiellement à partir des « *yeux* », symbolise la menace œdipienne. Le commentaire et la question « *je ne suis pas douée en dessin, vous m'avez dit de dire à quoi cela ressemble ou bien...? (Rire) comme vous voulez, je laisse le commentaire* » nous amène à penser qu'elle semble éprouver plutôt un malaise dans le rapport avec l'autre. Le rire ici n'est pas anodin, mais traduit l'incapacité de la patiente à gérer l'émergence pulsionnelle, qui laisse apparaître tout d'abord la question, suivie d'un silence brusque (barrage) et le rire sont des indices de l'agressivité déguisée.

Planche IV

La patiente commence sa phrase par « *Ça là...* », précédée d'un temps de latence relativement très élevé (TL=2 minutes 13 secondes), la répétition du contenu « *grenouille* », sont manifestement des réactions de chocs, d'angoisses et de malaise. D. met ainsi une distance entre les relations du moi et ses objets narcissique. Il existe tout de même des traces du caractère phallique prenant le symbole « *des pieds* ». Le contenu de la réponse « *...C'est une Grenouille, (indique avec le doigt/mais c'est une grenouille), coupé en 2, on a montré une partie* », traduit un clivage.

Planche V

A cette planche, même si D. semble à travers le contenu de sa réponse, « *c'est une chauve-souris* », montrer les capacités d'adaptation à la réalité (bonne qualité formelle et une banalité), elle semble perturbée (temps de latence très élevé). Ce qui peut être signe du mal-être, probablement dû à la fragilité de la construction du moi ou des failles narcissique.

Planche VI

Il apparaît à cette planche, une réaction de chocs, l'incapacité de D. à se représenter un corps ou un objet unitaire. La tâche est appréhendée avec des découpes rares et de mauvaises qualités formelle, un TL et TP élevés. « *Je ne sais pas à quoi ça ressemble,* » semble traduire un blocage ou un déni. Le contenu de la première réponse « *les yeux* », semble témoigner de l'accent mis sur la sensibilité paranoïde. Elle investit le regard sur un mode d'intrusion du mauvais objet. Le contenu de la première réponse « *mais je vois ...les yeux* », fait référence à la symbolique de la mère (mauvais objet) qui surveille, provoque l'angoisse. Les contenus des réponses « *...yeux* » et « *les poils* », sont des réponses à contenu humain partiel, pouvant ainsi signer l'accent mis sur le sensoriel et le sexuel pour ainsi cacher le relationnel. Les contenus semblent faire référence à la symbolique sexuelle, laquelle semble provoquer le blocage.

Planche VII

Malgré l'absence d'une réponse humaine franche, D. semble toutefois sensible au caractère ouvert, creux de la tâche « *vue d'une coupe d'animal...* » « *...fesses* » ou encore « *anus* ». Il s'agit de ce fait des références de la féminité/maternité. Cependant avec un TL à 3minutes 22 secondes, et un TP à 5 minutes 23 secondes, toutes les réponses sont de mauvaise qualité formelle, non seulement témoignent des indices de blocage, mais aussi d'une fragilité des

assises identitaires, et le vécu négatif des imagos maternelles. Ces contenus semblent traduire un mouvement régressif, un sentiment d'insécurité, d'abandon ou de perte d'appui.

Planche VIII

D. montre à cette planche des capacités d'adaptation face au monde extérieur (réponse avec une bonne qualité formelle et d'une banalité). Cependant le TP = 7'08'' donc très élevé, TL= 2'53'' trop élevé, traduisent le blocage face à l'émergence des pulsions émotionnelle, qu'elle tente de canaliser avec difficultés. L'apparition à cette planche de réponses animales paraît indiquer chez la patiente une tentative de représentation des relations humaines.

Planche IX

Planche dominée par l'expression de choc (TL et TP très élevés), des mouvements régressifs (se touche la tête), une seule réponse confabulée avec une mauvaise qualité formelle, intégration de couleur, suscite chez D. un vécu d'angoisse certainement de ses relations précoces à l'imgo maternelle. On dénote une certaine labilité affective (CF, hésitation), ce qui semble signer une fuite de sentiments voire une dispersion affective.

Planche X

Il apparaît d'emblée un choc au morcellement de la tache à cette planche. La première réponse donnée par D. semble indiquer qu'elle a de capacités de gestion des affects (la réponse grand détail avec une bonne qualité formelle), mais celles-ci semblent tout de même faibles face la résurgence de l'angoisse induite par la dispersion des couleurs. Ailleurs on note une réponse D/G avec kinesthésie floue « *des insectes qui marchent* », un temps de latence très élevé par rapport à la norme, traduit un blocage et le morcellement suscité par l'émergence des affects. Le contenu de sa deuxième réponse « *insectes...* », semble signifier un sentiment d'incapacité et d'impuissance éprouvé par la patiente.

V- Synthèse

En récapitulation, D. semble inhibée tout au long du protocole, les processus cognitifs et intellectuels semblent ralentis et rigides. Ses capacités d'adaptation à la réalité extérieure semblent faibles malgré la vigilance. L'identité et l'individuation semble très fragile, avec une image du corps mal unifiée. Nous relevons une défaillance dans les processus de mentalisation et une faible capacité de socialisation. Nous notons au protocole sur le plan discours de la pensée : des D faibles, des banalités nettement affaibli, des G légèrement augmenté avec deux D/G, l'augmentation des Dd% avec des découpes rares et bizarres, F+%

diminué au profit d'un grand nombre de F-, temps de latence à partir de la deuxième planche jusqu'à la dixième trop long, des barrages qui indiquent une certaine instabilité du flux associatif, apparition de blocage et de refus, faisant penser à une inhibition due certainement à sa psychopathologie.

Sur le plan affectivité et expression pulsionnelle, nous notons un TRI « coarté », traduisant une inhibition, des difficultés du Moi à interagir avec l'extérieur.

Nous relevons également une immaturité dans la structuration de l'identité sexuée et dans les modalités relationnelles. Celle-ci s'est manifestée chez D. par : par une absence de réponse H, la rareté des K, la fragmentation des contenus (Hd, Ad), nombre élevé des réponses Hd, l'indice d'angoisse (IA%) élevé, un choc presque à toutes les planches et surtout au morcellement.

Nature de l'angoisse

Il est question en générale ici de donner à titre indicatif le conflit inhérent au fonctionnement psychique. Dans ce protocole, les processus projectifs l'emportent sur ceux perceptifs. L'indice d'angoisse est nettement supérieur à la normale (28%), temps de latence très élevé, coartation, absence de K, Refus, R abaissé, banalité nettement affaibli, D% faible, Dd% augmenté, Le F+% très diminué avec un grand nombre de F- au détriment des F+, envahissement des processus primaire H<Hd). Tout cela nous conduit à penser à l'angoisse psychotique, notamment celle de morcellement et d'intrusion en premier plan.

On note un Moi dissocié, car absence H, l'absence de K, Hd>H, IA% augmenté, choc planche V et choc au morcellement en planche X.

VI- Mécanisme de défense

Les mécanismes de défenses exprimés par la patiente appartiennent à des catégories très variées.

- Procédés marqués par l'inhibition via projection du danger pulsionnel se traduisant par la présence : d'un F% (88%) élevé, d'un TRI coarté, d'un temps de latence très augmenté, de chocs et un refus. Tous ces éléments semblent plutôt traduire le reflet d'un vide intérieur.
- Emergences en processus primaire marqué par des réactions de méfiance, de réticence vis-à-vis du test (manifestation hors réponses), et à l'existence des facteurs spécifiques au Rorschach comme F+% très bas (43%), mauvaise qualité de l'ancrage dans la

réalité, F- majoritaires, D% faible (25%) traduisant un désintérêt au concret, un TRI coarté signant une apparence de « mort psychique ».

- Isolation traduite lors du test par des attitudes hors réponses par des hésitations, « *doutes* » planche IX, l'augmentation de F%, un découpage perceptif et interprétatif (Dd, Hd et Ad)
- Si on prend globalement le protocole, nous relevons un déni de la réalité manifestement représenté par le F+% très bas et qui s'accompagne d'un clivage du Moi pour les même raison.
- Procédés labiles traduit dans ce protocole par des références à ses incompétences « *je ne suis pas douée en dessin* », le refoulement (chocs, refus à la planche II) et la répression.

En conclusion malgré la présence de refus et de coartation, reflet d'une structure inhibée, nous penchons être plutôt dans un cas de fonctionnement psychotique. Cette hypothèse se fonde sur les indices tels que l'indice angoisse est nettement supérieur à la normale (IA=28%), temps de latence très élevé, TRI coarté, absence de K, Refus, R abaissé, banalité nettement affaibli, D% faible, Dd% augmenté, Le F+% très diminué avec un grand nombre de F- au détriment des F+, envahissement des processus primaires H<Hd). Tous ces indices pourraient traduire l'angoisse de morcellement de type psychotique.

4.2. Subjectivité du sujet

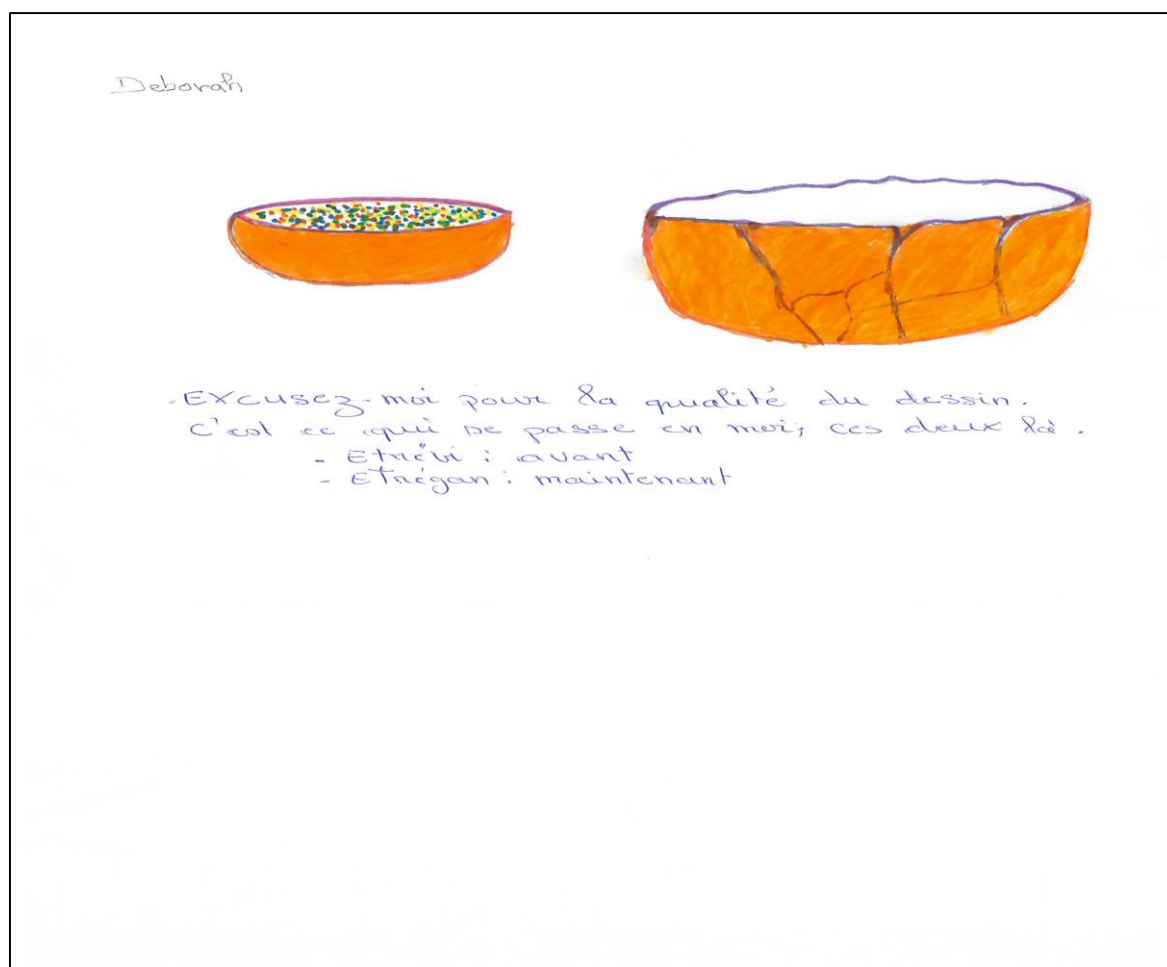
Celle-ci est portée sur le vécu, la représentation de la souffrance et sur des contenus diurnes. Tous ces éléments traduisent l'expérience du vécu de la maladie

4.2.1. Dessin de Ligne de vie

Il s'agit bien d'une technique de perspective humaniste et systémique. Elle est utilisée par de nombreux thérapeutes de divers courant. Elle offre des nombreuses pistes d'informations sur le patient, et retrace la chronologie des évènements de vie du sujet dans sa singularité et subjectivité.

Le dessin a été réalisé chez elle la veille du troisième entretien. Selon ses propos, « *j'étais partagée sur le choix. Quel objet pouvait véritablement me décrire. Je voulais dessiner une personne mais je n'ai pas du tout réussi, mais après ...j'ai eu l'idée de dessiner une poterie traditionnelle, mais j'ai choisi celle de calebasse, j'aime bien être une calebasse, c'est joli et léger mais solide* ». La poterie comme la calebasse sont deux objets très retrouvés dans les

lieux de culte traditionnels. Le choix de l'objet est symbolique. Selon elle laalebasse représente beaucoup, « on peut s'en servir pour de multiples usages, dans la traditions comme dans la modernité. Elle peut contenir liquide, solide, tout...Elle est l'image de la femme ». Nous nous demandons s'il s'agit plutôt de la représentation d'un contenant psychique.



Commentaire du dessin :

Selon la patiente : « la petitealebasse est devenue la grosse fissurée de partout. Et oui c'est bien moi. Humm, c'est bien moi... ». Caresse bien l'image de la petitealebasse et garde les yeux fixés sur elle, mais jette furtivement un regard sur la deuxième avant de repousser vers nous. Et de poursuivre d'une voix pleine d'amertume : « avant le décès de mon papa et la crise, j'étais comme cette petitealebasse, belle et sûre. Ce mélange de grains en couleur, ce sont des grains de joie, de plaisir, de liberté, de disputes mais plein de rêves. Mais après son décès, **toukara sur toukara, étchikonam...crises sur crises. J'ai fini par devenir cette grossealebasse, usée, avec des fissures partout. Et depuis toujours je suis la **don**, médicament sur médicament, c'est eux qui m'ont rendu grosse et fissurer de partout. Je suis devenue **étré gbléglé**. Quoi que je fasse, avec ces médicaments de l'hôpital, les fissures sont de plus en**

*plus visibles, et importante. Mes chances de vivre agréablement s'amenuisent de plus en plus. Je suis devenue laide, et tout me fait peur. Être en même temps **fille de fétiche** être une **chrétienne**, je ne suis rien du tout. Je ne sais pas qui je suis vraiment. Pourquoi obliger un fétiche à devenir quelque chose d'autre. Même cassé, chaque morceau garde son sens et sert à quelque chose. C'est-à-dire même cassé, il possède d'autres pouvoirs. Une grossealebasse et de surcroît fissurée reste dans un coin. Je pense que je suis devenue un problème. Mon rôle se résume seulement à celui de prendre les médicaments. Je me sens prisonnière de la médecine. Je vais vous faire une confidence, c'est un secret de famille. Mes parents ne savent pas que je le sais. S'il vous plait ne le dites pas à mon mari. Dans l'ordre de succession, je devais être normalement incarné le rôle de **vodoussi**. Cela n'a pas été respecté, mes parents ont rompu un lien. J'en veux à mon père, il n'a rien fait pour empêcher ma mère devant son refus. Il l'a laissé décider seule, et je paie très lourd pour ça. Or les rituels d'initiation et de séparation avec le fétiche ne dure qu'un an, et après je redeviens ordinaire et libre de pratiquer toutes les religions du monde. C'est l'origine de mes crises. Le fétiche est fâché, c'est pourquoi il m'a rendu folle. Dommage, au lieu d'un an, c'est le reste de toute mon existence qui sera affecté. Je vis désormais dans la peur et l'atrocité des médicaments, toujours des conflits à cause de moi. Je suis semblable à cette grossealebasse brisée et condamnée à ne rien faire, à seulement subir ... ».*

Dans son commentaire et analyse du dessin, le récit de la patiente révèle la problématique du lien d'affiliation, source d'angoisse permanente. Son récit montre une sorte de fragmentation psychique. Laalebasse en elle-même semble symboliser un contenant psychique où sont envoyés tous les contenus. La prise de volume du contenant traduit le trop plein ou la surcharge d'angoisse. Cette surcharge semble provoquer des fissures ou des brisures. Cela implique la porosité des enveloppes psychique. La pratique des rituels et coutumes jouait un rôle dans le mouvement d'équilibrage et d'harmonie psychique individuel comme collectif. La non pratique de ceux-ci traduit chez la patiente l'absence d'un mouvement d'étayage. Etre une « *vodoussi* », signifie non seulement le fait d'appartenir au fétiche, mais reste avant tout un symbole de représentation de celui-ci. Les rituels devaient jouer le rôle d'étayage et protéger contre la menace de démentiement des éléments narcissique. L'agir de la patiente semble réduit à l'inaction, à l'impossibilité. Elle semble tenir les raisons de son passage de la santé à la maladie. Même si elle ne l'évoque pas dans ce récit, la découverte de son statut en tant que « *vodoussi* » paraît impacter le noyau du moi. Elle le découvre par les autres, et non

par les parents. Si ses parents le lui ont caché, est-ce par soucis de protection ou plutôt par évitement de la réactivation de l'angoisse.

Le dessin de la ligne de vie, semble montrer un clivage « *la petitealebasse et la grossealebasse* ». Même si l'image du corps semble totale, elle semble prendre des coups du dedans comme du dehors « *grosse, fissurée* » et dévalorisée. Le couple : « *Grosse, fissurée* », traduit atteinte de l'image de soi, et une dévalorisation de celle-ci. Elle laisse apparaître la question de la fonction de la forme et du contenu de l'image du corps comme le disait Gisela Pankow. L'adjectif « *fissurée* » semble traduire le vécu des failles du corps. Le concept « *grosse* », montre une représentation de soi d'une façon péjorative. Mais la dissociation de l'image du corps semble moins perturbée malgré la présence des failles « *fissurée* », elle est totale et unifiée.

Enfin la patiente fait référence à la prise de médicament comme une damnation. Elle les tient responsable des failles de l'image corporelle. Nous y reviendrons sur cet aspect à propos du vécu des médicaments dans la partie consacrée à la subjectivité.

4.2.2. Contenus des rêves

La plupart des insomnies sont survenues à la suite des épisodes de cauchemars. Il nous apparaît donc capital d'en parler et de situer leurs implications dans le déclenchement de la psychopathologie. Soulignons qu'au Togo, parler de ses rêves à quelqu'un traduit une demande d'aide. Elle dit avoir fait beaucoup les cauchemars avant l'apparition des autres symptômes de la décompensation. Elle souhaite les partager avec nous, car « *je crois que vous pourrez m'aider à mieux les comprendre, c'est-à-dire leur signification* ».

Premier cauchemar : « *celui-là a été le plus effrayant, nous étions tous dans la maison familiale, et mon papa était là mais un peu affaibli, une dispute éclata entre ma mère et un oncle paternel qui l'accusait d'être méchante, c'est alors que survint une vache ensanglantée très menaçante, prise de panique, je commençai à courir, à mon grand étonnement personne ne semblait étonnée et de surcroît inquiet, je fis une chute dans ma course, ce qui permit à cette monstrueuse vache de me rattraper, elle se mit dans une rage sans précédent, elle commença d'abord par me mordre, et finit par m'éventrer à l'aide de ses cornes, le sang giclait de partout, de même que mes organes, mon cœur, mes intestins et une partie de mon poumon. A part mon papa qui tentait de se lever de son fauteuil pour m'aider, personne ne le fit, je me réveillai en sursaut, en cris tout en transpirant abondamment, je constatai que j'avais fait pipi au lit... ».*

Deuxième cauchemar : « là, par contre, j'étais à moitié éveillée, j'avais des sensations très douloureuses à la poitrine et au bas ventre, je voyais une main avec un long couteau, qui tentait de m'ouvrir le ventre et couper mes intestins en mille morceaux, je criais très fort, mais j'avais l'impression comme si ma voix ne sortait pas, fort heureusement mes cris ont réveillé mon mari, qui me réveilla, c'était le même scénario, je transpirais, j'ai aussi fait pipi sur le lit ».

Presque sept ans après, les matériaux des cauchemars ont gardé les mêmes effets en termes de ressentis. Au cours de ces deux récits, nous constatons que les mains de la patiente étaient moites et transpirait beaucoup. Elle raclait en permanence sa gorge et sur son front, on pouvait relever quelques rides à travers lesquels tombaient des gouttes de la transpiration frontale. Quant à sa voix, on notait par moment de forte amplitude sonore. Le plus impressionnant, c'est qu'en racontant les contenus, elle imitait la reproduction des scènes. Nous avons de ce fait assisté au mimétisme des scènes survenues dans ses rêves. Elle pouvait se mettre debout, couchée à ras le sol, sauter, crier, faire effort de courir dans notre petit bureau ou encore se laisser tomber avec fracas à même le sol. A la fin du discours elle avait l'air abattue, un peu pâle, regard hagard et la main gauche portée sur la bouche, traduisant un certain trouble ou une angoisse.

Sur le plan socioculturel, les rêves et les cauchemars n'impliquent pas les mêmes appréhensions. Si les premiers sont considérés comme des messages secrets, les seconds quant à eux, sont perçus comme émanant d'une attaque spirituelle. Il s'agirait donc d'un mauvais sort ou une malédiction voire une agression d'ordre mystique. Si dans le rêve, le contenu paraît simple et parfois rassurant quelque fois, il n'en est pas de même dans le cauchemar, celui-ci dans sa présentation, a un caractère violent, dramatique, perturbant, pénible, chaotique, et peut générer une angoisse qui peut durer même en état d'éveil.

Au Togo, les interprétations autour des cauchemars dépendent de l'appartenance ethnique et/ou religieuse. Les cauchemars à répétition font la plupart du temps objet d'un rituel selon la croyance dont l'adhésion est plus élevée. Ou par contre faire les rituels selon sa foi religieuse et selon la croyance de l'ethnique d'appartenance. Par exemple chez les éwés, après un cauchemar, l'auteur doit se diriger directement à son réveil dans la salle de douche pour exécuter un rituel afin de conjurer le sort. Avant le rituel, et surtout pour que celui-ci ait des effets escomptés, le sujet concerné ne doit adresser la parole à personne avant le rituel. Ce dernier a un double objectif, le premier, il s'agit d'éloigner le mauvais sort. Le second, c'est de redonner confiance à la personne avec un sentiment de sécurité pour mieux affronter ce qui

l'arrive. Notre patiente qui est d'ethnie éwé, n'a pu accomplir aucun rituel, à cause de ses croyances traditionnelles et religieuses qui malheureusement se contredisent. D'abord ces deux croyances ont provoqué aussi une angoisse car faire l'une signifie négliger l'autre, il y aurait dans ce cas un risque de représailles. Faire les deux, peut augmenter ou atténuer ce risque. Mais ne rien faire est synonyme d'abandon, et traduirait une perte de repère.

Pour la patiente, ce n'était pas des rêves mais plutôt des « *songes* ». C'est-à-dire que c'est prémonitoire. Elle pense que c'était un message d'alerte de ce qui allait l'arriver. Ce n'était pas seulement un message de menace mais celui où l'attaque a eu lieu. Les signes ou traces de cette attaque restent cependant la transpiration, et le fait d'avoir fait « *pipi au lit* ». Le fait aussi d'avoir vu un défunt dans son rêve « *mon papa* » est un mauvais présage. Voir un mort sous-entend « *voir les esprits* », ou être plutôt la traduction des « *conflits* » tant spirituels, qu'affectifs. Et un « *mort* », représente « *le passé, la turbulence, la peur voire un messenger* ». Il représente le passé de quelque chose qui n'est plus vivant. Voir un mort traduit une relation de bipolarité. Ce qui signifie qu'il existerait une liaison invisible entre l'âme du défunt et le rêveur. Communiquer avec un mort signifie interagir avec le monde des esprits. Le mort peut dans ce cas être juste un informateur, ou un signal d'alarme. Il s'agit dans ce cas de trouver le problème et le solutionner, en vue d'une réparation s'il s'agit d'une rupture de relation avec les génies protecteurs. Cependant le mort peut au contraire être symbole de malfaisance, en ce sens qu'il est utilisé comme un moyen pour pénétrer dans la vie du rêveur. Dans ce cas le mort incarnerait un esprit errant, qui n'a pas encore trouvé sa place parmi les siens. Dans le cas de notre patiente, il s'agit d'un esprit protecteur qui malheureusement était faible pour assurer sa protection devant l'agressivité spirituelle. Parlant du « *mort* », il s'agit bien de son père, symbole affectif et figure rassurante, mais qui apparemment n'est pas en mesure de l'aider, « *il était affaibli* ».

Pour la patiente, la présence du « *sang* » dans son rêve « *...m'a fait penser bizarrement à l'accouchement de ma première fille où malgré le sang je n'avais pas peur mais plutôt le bonheur. Or en situation normale, j'ai toujours eu peur du sang* ». Mais dans son rêve, elle a eu l'impression que cela annonçait certainement une perte de quelque chose. Pour elle, le rêve montrait qu'elle allait perdre les forces, ne plus pouvoir se battre. Dans sa culture « *la vache* » simplement symbolise « *une femme* », mais « *ensanglantée* » peut faire office « *d'une sorcière, ou d'un fétiche très méchant, prêt à tout, ou encore symbole d'une menace d'origine mystique* ». Elle pense que c'est peut être « *ma marâtre* », or d'après ces réflexion cette dernière est gentille avec elle.

Les contenus des cauchemars révèlent l'angoisse de perte de la féminité «...*par m'éventrer* ». C'est l'angoisse de perte de pouvoir de conception. Il peut s'agir du retour des refoulés issus de l'angoisse de castration. La « *vache ensanglantée* » représente la mère dévorante et dangereuse comme le disait Freud. Il s'agit de la réactivation des premiers conflits œdipiens. «... *mes intestins* », le fait aussi que la patiente fasse « *pipi au lit* » semble traduire comme le disait Mélanie Klein, un « *sentiment de toute-puissance des fonctions urinaires et intestinales* »³³. Cela semble faire référence aux poussées des pulsions destructrices. Nous osons même penser à une probable satisfaction sadique.

« *...je voyais une main avec un long couteau, qui tentait de m'ouvrir le ventre et couper mes intestins ...* » traduirait le désir et la symbolique du fantasme du phallus et d'une part l'angoisse de castration et d'autre part, la peur d'être pénétrée. On note aussi dans ce matériau le clivage et le morcellement.

Le matériau du contenu onirique semble provenir d'une manière et d'autre à ce qu'elle a vécu dans la réalité. Il peut donc s'agir de la reproduction de ce qui est remémoré. La répétition des rêves dont souligne la patiente, peut souligner de la permanence de la problématique œdipienne. Cela semble traduire l'envahissement ou le retour à la conscience des matériaux refoulés et les activités fantasmatiques. C'est la traduction de l'échec du travail psychique suite à l'enchaînement impitoyable des événements de vie (mère autoritaire, découverte du secret sur le pacte vodou dissimulé par les parents, décès du père, grossesse et renvoi de la maison, accouchement et conflit avec la mère à propos du prénom de sa fille). La répétition des rêves semble traduire une sorte d'acharnement dans le vécu de la réalité inintégrable³⁴ comme le disait S. Freud. Toujours selon cet auteur, le cauchemar traduirait le débordement des affects. Chez la patiente, les contenus ont provoqué l'angoisse qui s'est intensifié par la répétition des cauchemars. Ils ont laissé la patiente dans un état d'ambiguïté. A cet effet Laurence Apfelbaum en 2002 dans un article³⁵, citait deux principes revendiqués dans un cauchemar. Dans le premier, il s'agit de « *l'insistance de l'affect* », tout d'abord vécu dans le cauchemar. Le deuxième principe concerne plutôt la « *réalité de l'expérience psychique* ».

En rappel avant de clore ce paragraphe, la succession et répétition des cauchemars a conduit la patiente à provoquer le trouble du sommeil. « *J'étais de plus en plus terrifiée, je n'en*

³³ Klein M., (1959), *La psychanalyse des enfants*, p219, PUF.

³⁴ Freud S., (1933), *Révision de la science du rêve*,

³⁵ Apfelbaum, L. (2002). Une fonction du cauchemar : le traitement du pénible. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 5(1), 117-127. doi:10.3917/lcpp.005.0117.

pouvais plus, alors je faisais tout pour ne pas dormir, j'ai commencé par le citron, s'en ai suivi le cola et le café ».

4.2.3. Le vécu et la représentation de la maladie

Le vécu de la maladie est intimement lié à la perception de certains symptômes comme l'insomnie, l'agitation psychomotrice et le délire. La patiente ne semble pas prendre en compte tous les symptômes de sa maladie. Elle s'est plutôt focalisée sur l'insomnie, le délire et l'agitation psychomotrice.

L'insomnie, sur le plan culturel, une personne qui ne dort pas bien est considéré comme « *souffrant* ». Il sera vulnérable et facilement atteignable. Le sommeil est perçu comme une fenêtre, une petite ouverture ou un accès au monde des esprits. Le sujet est conscient d'être entouré des esprits de tout genre. C'est à travers le sommeil qu'il pense pouvoir communiquer avec eux. Le rêve met en relation l'esprit du sujet à ceux de son entourage les plus investis. Même si la nature du contenu des rêves préoccupe, ne pas en avoir du tout paraît être angoissant, et ne pas dormir l'est encore plus. Dans certaines croyances, dormir signifie le retour à ses origines. Le sujet croit que ses chances ou malchances sont liées à la qualité du sommeil. En même temps que le sommeil soit considéré comme une force, un pouvoir, il est aussi perçu comme un moyen pour atteindre l'esprit de quelqu'un dans le but de le nuire. C'est pourquoi d'ailleurs certains n'hésitent pas à provoquer l'insomnie. Celle-ci a pour but de constituer une barrière de sécurité, ou de protection. C'est l'exemple typique dans ce cas de figure. Elle dira « *mlé kpo azéwoo, kou gbogbon oo, éké lé défou nam nto* » (« *je voyais trop les sorciers et les mauvais esprits, ils me hantaient trop dans mon sommeil* »).

Le délire est perçu par la patiente comme issu des mauvais esprits. Dire ou faire des choses incohérentes, relève plutôt du monde de l'invisible et mystique. Selon elle, il s'agit d'un phénomène de possession. Elle se sentait posséder par un esprit qui la conduisait à dire ou à faire des choses insensées. Elle se dit très déstabilisée par ça. Le plus pire, selon elle « *c'était de me sentir hantée par des mauvais esprits, sans rien pouvoir faire. Je subissais de tout côté, alors je me sentais très submergée par une pression* ».

L'agitation psychomotrice quant à elle, est appréhendée comme l'action des forces mystiques, faisant suite à une sorte de possession. Il existe de nombreuses croyances autour de cette agitation. Ces croyances dépendent dans la plupart du temps des gestes, actions, attitudes ou des propos exprimés. Par exemple lorsque la patiente s'agenouillait violemment, les yeux levés vers le ciel. Pour les chrétiens, il s'agit d'une position de prière à cause de ses

péchés. Mais dans les religions traditionnelles, il s'agit d'une sanction qui vise à l'humilier publiquement.

Le vécu et la représentation de la maladie à travers certains symptômes sont nés de la transmission des constructions sociales collectives. Le système des préjugés sociaux sont à leur tour transmis par l'éducation et les processus de socialisation. La patiente oscille entre les croyances héritées et celles acquises par le mouvement de reconversion. Il apparaît dans son vécu un sorte d'enkystement des images des actes qu'elle avait posé sans filtre, ni contrôle. Par exemple le fait de montrer accidentellement ses parties intimes dans l'agitation à l'hôpital comme au paravent au centre de prière où elle était exposée à tous les regards : *« je suis affreusement morte de honte, je n'arrive pas à me regarder dans une glace, cette maladie m'a humilié, déshonoré publiquement. J'ai l'impression d'avoir une étiquette comme la folle ou pire celle qu'on a vue nue. Même habillée j'ai l'impression que la seule image qu'on retient de moi c'est ma nudité. Malgré que nous ayons déménagé loin de notre ancien quartier, je revois toujours ces images de moi dans ma mémoire. Même au centre de prière j'étais attachée comme une bête sauvage et très dangereuse. Ces images me paralysent la vie »*.

En résumé, le vécu des symptômes semble provoquer des flashbacks, impliquant des affects négatifs. Cela semble témoigner l'effondrement narcissique, qui est induit par les sentiments de honte et d'humiliation.

4.2.4. Le vécu et la représentation de l'hospitalisation

Pour elle, *« je me sentais anéantie et impuissante. Et pour cause, j'étais attachée au lit comme une criminelle. Le plus douloureux et d'ailleurs le pire c'est les piqûres aux fesses. J'avais tellement mal. J'ai toujours ces mauvais souvenirs de la façon dont certains membres de l'équipe médicale nous parlaient, comme des surveillants de prisons aux prisonniers, il y avait tellement de violences dans leur propos, de menaces. Nous étions surveillées de jours comme de nuits. Ils banalisaient mes plaintes, comme si je simulais. Il y a trop d'interdits à l'hôpital, chaque blague peut être rapidement associée à la longue liste des symptômes. L'hôpital est comme le tribunal ; les soignants sont les juges qui prononcent la peine ; mon entourage ressemble au témoin qui apporte des éléments devant m'incriminer. Les médicaments représentent la sanction, la peine. J'étais seule sans avocat pour ma défense »*.

L'hôpital n'est pas seulement vécu comme négatif mais apparaît comme un lieu de verdict, un lieu où tous les rêves peuvent s'évanouir en un seul instant. L'hôpital s'avère être angoissant.

Elle associe facilement « hôpital » à châtement. Les mots « *anéantie et impuissante* » utilisés par la patiente semble traduire les blessures ou l'effondrement narcissiques.

4.2.5. Le vécu du traitement

Etant depuis longtemps sous traitement antipsychotique or comme les études le montrent, ceux-ci, sont vécus négativement. S'agissant de son traitement, elle exprime un vécu un peu mitigé et ambivalent. « *Humm, c'est le plus dur dans cette maladie, j'ai toujours l'impression d'être surveillée, emprisonnée par la prise des médicaments, mon entourage contrôle si tu les as pris ou pas. En exemple, une question qui m'agace, « tu as pris tes médicaments ? », à chaque fois que je suis en colère ou triste, on pense que je n'ai pas vraiment pris le médicament. J'ai aussi énormément pris du poids à cause des médicaments (avant je pesais 57 kg, mais actuellement j'en ai 73 kg). Je ne suis plus la même personne, je me demande si mon mari est encore attiré par moi. J'ai du mal à mettre mes anciens vêtements, et quand je suis dans la rue, je sens que les gens me regardent autrement, et j'ai parfois l'impression qu'ils disent « ah la vache, la grosse, imaginer comment je me suis sentie lorsque mon mari m'avait répondu « ah oui ma grande », j'ai plutôt entendu : « ah oui la grosse ». Les médicaments ont changé mes habitudes de vie, je dors beaucoup plus qu'avant, je mange beaucoup. Je n'ai plus vraiment de sexualité. Depuis que je les prends, mes envies sexuelles sont à plat. Je ne suis plus attirante. Je ne suis pas vraiment disponible vue que je dors beaucoup et trop tôt les soirs.*

Un autre point, c'est le fait de n'avoir jamais allaité mon deuxième enfant à cause des médicaments que je prends. Je me sens quelque fois indigne d'être sa mère, car elle passe moins de temps avec moi à cause de ma santé, soit parce que je dors, soit parce que je suis à l'hôpital pour un contrôle. Je me sens quelque fois inutile, car mon mari joue les deux rôles, d'une part « père » et d'autre part « mère ». Ce qui me dérange c'est qu'il ne se plaint jamais malgré qu'il soit surchargé à cause de mon indisponibilité, il s'occupe presque de tout ; il va au boulot, c'est lui qui s'occupe de nos enfants notamment, leur faire à manger, leur bain, amener la plus grande à l'école.

Avec ces médicaments je suis devenue stupide et bête. J'oublie beaucoup, j'ai des difficultés de concentration, j'ai l'impression de ne plus être intelligente. Je m'ennuie dans ma « tête », car c'est la même routine de pensée qui défile dans mon cerveau « que deviendrai-je ? Quels risques pour mes enfants ?

Le vécu du traitement semble essentiellement lié aux effets secondaires de ceux-ci.

4.2.6. De la rupture à l'inexprimé, source de fragilisation narcissique

Ce titre nous semble vague, mais fait référence aux ruptures des liens dans la tradition ancestrale en conflit avec la reconversion de la mère, personne qui s'interpose au lien de filiation ancestrale. En effet d'après le mode de transmission des rites ancestraux, la patiente hériterait de sa grand-mère paternelle. Car étant l'unique fille de son père, elle devait systématiquement pratiquer l'initiation au culte « *vodou* ». Elle devait de ce pas suivre toutes les démarches inhérentes pour devenir « *vodoussi* », c'est-à-dire « *fille de vodou* ». Elle fait partie des élus qui sont perçus comme représentant de la divinité ancestrale. Ils sont investis de pouvoir religieux, garants ou gardiens des us et coutumes de la communauté. La patiente est non seulement le symbole d'une communauté, mais il s'agit aussi de la forme, l'incarnation d'une alliance incarnée. Elle est le lien, le sens, l'expression, la communication et médiation dans l'élaboration métaphysique. Elle porte le poids des attentes, pas seulement familiales mais celle de la communauté toute entière.

Malheureusement ce statut ne sera pas assumé par la patiente. Pas pour des raisons d'incapacités ou d'inaptitudes directes, mais par renoncement ou refus de la mère. La décision a été prise sans elle. Sa mère s'y est opposée, pas pour des raisons liées aux capacités de sa fille à être investie à ce statut. Elle n'a pas du tout été consultée et mais ignorée, malgré qu'elle soit héritière de ce rôle. Ce n'était pas possible à la mère de l'admettre, car elle-même était pasteur d'une église dont farouche opposante des pratiques traditionnelles ancestrales. Pour mieux comprendre la réaction de la mère revenons un peu en arrière. La mère ignorait le lien d'appartenance de son défunt mari avec la divinité « *vodou* ». Elle l'a découvert qu'après s'être mariée au père de la patiente. Elle n'a pas réussi à reconvertir son mari, mais tenait à ce que tous ses enfants soient reconvertis comme elle. Ce fut l'une des raisons qui expliquait les conflits conjugaux ayant conduit le mari à la polygamie selon la patiente. Elle pense même que sa mère n'aurait pas désirée avoir une fille pour ces raisons de fétiches « *vodou* ». Malgré tout elle était venue au monde à la grande joie du père, et à la déception de la mère. Elle pense que sa mère a réussi à s'interposer à toute la famille.

Elle a découvert ce secret qu'après ses quinze ans. Malheureusement elle n'a pas du tout le droit de questionner les adultes c'est-à-dire ses parents. Même si elle questionnait, personne ne lui répondrait. Elle serait plutôt réprimandée. A cet effet, nous rappelons que dans la plupart des communautés du Togo en général et chez les évés en particulier, l'autorité c'est quelque chose de silencieux. En ce sens que rien n'est expliqué aux enfants, ils sont réduits à l'obéissance et à la soumission. Un enfant respectueux, ne doit pas poser des questions à ses

parents. Cela est ancré dans les coutumes et dans les systèmes d'éducation. Entendu ici par coutume, comme le disait Edmond Ortigues au cours d'un entretien publié par Simone Gerber et Alex Raffy en 2004 : «...c'est la religion, celle des ancêtres. La coutume, c'est essentiellement une règle de vie, c'est ce qui serait le droit ³⁶». La pratique des coutumes sous-entend l'accomplissement des rituels religieux en commençant par l'initiation et les offrandes aux ancêtres. On comprend bien que la patiente ne soit pas associée à cette prise de décision, vu qu'elle est l'actrice principale. La mère semble utiliser le droit issu de la coutume pour réduire sa fille au silence. Le père quant à lui semble renoncer à faire respecter le lien de transmission des coutumes ancestrales.

La découverte du secret de famille intervient lors d'une altercation entre la mère et le père. Celle-ci comme le dira la patiente « *quand je les ai entendu parler lors d'une de leur nombreuses disputes, j'étais complètement tétanisée et déstabilisée* ». Ces ressentis ont une double connotation. La première, concerne le secret en lui-même. Elle a été certainement choquée. La deuxième c'est par anticipation des représailles du fétiche vodou devant le refus. Le choix du père de garder le silence peut alors trouver une explication dans son rôle de protéger sa fille. Car il existe un adage populaire au Togo qui dit « *vaut mieux ne pas savoir, plutôt que de savoir et ne pas faire* ». Ceci dit la méconnaissance protégerait des représailles. C'est d'ailleurs dans ce but que la patiente elle-même a gardé le secret. Le père protégerait sa fille contre l'angoisse de rupture qu'il vivrait lui-même ? Le fait aussi pour la patiente de garder le silence serait-il dans le but de se protéger elle-même de cette angoisse destructrice ? Ce sont des questions que nous nous posons.

Dans certaines sociétés africaines en général et togolaises en particulier, la rupture ou le renoncement aux coutumes surtout lorsqu'il s'agit d'un devoir comme dans le cas de la patiente, implique de lourdes conséquences sur le sujet. D'après l'interprétation le sujet serait exposé à des malheurs. Soit il va devenir fou ou folle et s'en suivra la mort si rien n'est fait. La maladie mentale trouverait ses sources dans la rupture avec la coutume d'origine. C'est donc la satisfaction imaginaire et fantasmagique autour des pathologies psychiques qui s'est accompli. La découverte du secret par la patiente semble engendrer des blessures narcissiques.

Le refus de la mère qu'on conduise sa fille à l'hôpital reste symbolique. Elle croit en la puissance et aux forces des coutumes. Elle pense réussir à soigner sa fille par des prières

³⁶ Gerber, S. & Raffy, A. (2004). Entretien avec Edmond et Marie-Cécile Ortigues. *Le Coq-héron*, n° 176(1), 43-58. doi:10.3917/cohe.176.0043

chrétiennes pour montrer la force des croyances. Sa fille représenterait donc un symbole de son « *contrat narcissique* »³⁷ comme le disait Piera Aulagnier en 1975.

Pour conclure, disons que les blessures narcissiques de la patiente, proviennent du climat familial (conflits conjugaux des parents) et de la découverte du secret familial. La survenue de la maladie semble s'expliquer par la forte émergence de l'angoisse suite à la visite de la mère. Le vécu de la rupture avec la coutume paraît déclencher des défaillances narcissiques, lesquelles ce sont accentuées après le décès du père qui jouait au rôle d'étayage et de contenant psychique.

4.3. Environnement familial

La patiente se retrouve au milieu des conflits. D'abord entre ses parents notamment entre le père et la mère. Elle représente aux yeux de ceux-ci, les désir imaginaires et fantasmes contradictoires, devoirs coutumiers (attente du père) opposés à celles de la mère, devoirs chrétiens. Le décès du père semble sonner de la victoire de la mère. La maladie de sa fille ne semble pas l'affecter, car elle s'attendait à ça. Elle semble prendre sa revanche sur les fétiches « *vodou* ». Mais aujourd'hui après avec le décès du père, son mari semble reprendre la place et surtout le rôle de celui-ci. Ce qui sera perçu d'ailleurs par la mère comme un obstacle majeur à sa satisfaction narcissique. Malgré que ce dernier se soit reconverti au christianisme comme la mère, il existerait des tensions voire des conflits entre eux. Son mari ne supporte plus sa mère. D'ailleurs cela a été noté dans son dossier lors de son hospitalisation : « *la mère et le mari se disputent pour la patiente* ». Son mari malgré qu'il n'ait pas la connaissance du secret de famille accuse la mère de la patiente comme étant à l'origine de la maladie.

D'après le mari, la maladie a induit dans sa vie beaucoup de changement notamment, beaucoup de charge émotionnelle, surcharge dans la gestion du foyer et l'éducation des enfants. Pour la patiente, la maladie semble réduire ses capacités et son rôle en tant qu'épouse et mère. Bref elle dit se sentir « *diminuée* ».

4.4. Transfert et contre-transfert

Les éléments transférentiels sont apparus au cours de sa dernière hospitalisation à l'issue d'une séance de thérapie de soutien. Le mari était au centre de tout le travail d'élaboration transférentielle. Nous nous sommes montrés disponibles en donnant notre contact.

³⁷ Aulagnier P., (1975, *L'interprétation de la violence, et la pensée délirante primaire in la violence de l'interprétation* (P.217-363).

Conclusion

Aux vues des entretiens au cours desquels nous avons réalisé le test projectif de Rorschach, et le dessin libre de la ligne de vie, nous relevons une intrication des éléments issus des coutumes, du christianisme et les connaissances issues de la culture occidentale. L'analyse des données notamment la subjectivité témoigne de la déconstruction narcissique. L'histoire de la patiente semble tourner autour de la rupture dans la transmission des devoirs coutumiers. Cette disjonction semble provoquer un sentiment d'insécurité. Ce sentiment semble partagé entre le père et la fille. L'omniprésence de l'angoisse constatée à travers les indices au test de Rorschach et exprimé à travers le vécu subjectif de la maladie, nous conduit à penser que nos hypothèses de recherche semblent confirmées. Le vécu et la représentation de la maladie, source d'angoisse, a provoqué les blessures narcissiques chez la patiente. Ces dernières empêchent la reconstruction de la subjectivité et l'intersubjectivité chez la patiente. Tout changement ou obstacle suscite l'angoisse. Le fait même qu'elle redoutait « *les représailles du vodou* », signe la peur, source d'empêchement du fonctionnement de l'instance moïque.

Cas: Mme S.

1. Approche sémiologique

1.1. Biographie

Patiente de 45 ans, mariée sans enfants, couturière de profession. Aînée et seule fille d'une fratrie utérine de trois enfants. Née prématurée à 7 mois et a été confiée aux religieuses dès sa naissance. Elle n'a jamais été nourrie au sein maternel, uniquement au biberon. A trois ans, elle a été récupérée et placée chez la grand-mère maternelle. Elle rejoint sa mère à l'âge de 8-9 ans et a passé environ 2 ans avec elle, période au cours de laquelle elle décrit avoir été maltraitée physiquement (battue aux moindres erreurs) et psychologiquement (accusation d'être voleuse avec plainte à la police). Elle a été obligée par sa mère à rejoindre son père alors que ce dernier ignorait son existence.

Elle était non désirée par sa mère *« d'après ma mère, j'ai brisé ses rêves. Elle ne voulait pas avoir un enfant à l'époque. Malheureusement elle était tombée enceinte, et dans notre culture c'était interdit de faire un avortement. Elle a dû interrompre ses études à cause de moi. Elle avait à peine 19 ans, et était en terminale. Elle m'a avoué avoir tenté d'interrompre la grossesse en cachette sans succès. Je lui ai empêché de faire de brillantes études et d'avoir une carrière selon ses vœux. Pour elle, je suis l'accident qui lui a tout pris. Ma mère m'en veut pour ça »*. Dans les cultures togolaises, l'avortement n'est pas autorisé sauf dans les cas exceptionnels comme en cas d'inceste ou de viol.

Sur le plan relationnel, elle dit entretenir *« de très mauvaises relations »* avec sa mère qu'elle pense ne pas vraiment connaître jusqu'à présent. Quant au père, elle déclare avoir de *« très bonne relation »* avec celui-ci. Elle le décrit comme l'opposé de sa mère, très attentif et aimant. Son demi-frère cadet se comporte comme sa mère, mais leur relation est bonne. Actuellement, ses deux parents sont vivants et bien portants. Son père était administrateur civil à fonction publique, rattaché au ministère des finances, il est actuellement admis à la retraite. La mère était agent à la TDE, mais admise à la retraite il y a à peine un an.

Sur le plan scolaire, elle a interrompu ses études en classe de première, à l'âge de 16 ans, pour s'orienter dans la mode. Elle a suivi trois ans de formation en stylisme modélisme. Après l'obtention du diplôme, elle a ouvert un salon de couture qui a eu du succès. Elle dit être passionnée par ce métier, qu'elle affectionne depuis plus de 25 ans.

Sur le plan sexuel : elle a eu sa première menstruation à 14 ans, marquée par un sentiment de peur, de panique, car avait pensée être blessée ou pire encore être enceinte malgré sa virginité. C'était des règles très douloureuses, abondantes et ont duré quatre jours. Elle s'est faite assistée par son père. *« Malgré que ce dernier était un homme, il savait s'y prendre avec les femmes, il m'avait prodigué beaucoup de conseil, et m'avait dit que j'étais devenue une femme, ça voudrait dire je pouvais tomber enceinte en cas de relation sexuelle non protégée. Il avait beaucoup insisté sur la propreté ».*

Elle a eu ses premières expériences sexuelles à 18 ans. Elle était consentante. A propos du vécu de celles-ci, elle dira : *« hum, j'avais eu d'atroces douleurs au début, accompagné d'un saignement, mais après tout se passa bien. C'est vrai que je me suis sentie très bizarre après l'acte sexuel. J'avais l'impression d'avoir perdue quelque chose, un peu de remord. A mon retour à la maison j'avais honte de regarder mon père en face ».*

Elle a eu trois déceptions amoureuses dont la dernière est imputée au comportement de son demi-frère : *« mon frère sortait avec la cousine de mon copain. Ce n'était plus possible que nous restions ensemble ».* Cela fait référence aux interdits issus des normes morales propres à son ethnie. C'est pour éviter de mettre sa famille dans une mauvaise position. Mais ce qui a été très déterminant dans cette rupture, elle pense que son frère cherchait à lui nuire. Elle qualifie le comportement de ce dernier comme indésirable, *« c'est un menteur, paresseux, il est tout ce que je n'aime pas ».*

S. s'est mariée malgré l'opposition de sa mère, qui prétendait que l'homme de sa vie n'était pas bon pour elle. C'est un homme politique, divorcé et père d'un enfant à l'époque. Vie de couple perturbée à la suite d'une fausse couche, l'échec suite à la fécondation in vitro (FIV) et une démarche d'adoption non-aboutie.

1.2. Motif de la première consultation

Elle a été admise à la CPPM pour agitation, agressivité verbale, propos incohérents *« j'ai été violée, tais-toi, sorcière va »*, syndrome de référence (*« les gens parlent de moi à mot couvert »*), surinvestissement religieux (se mettait à prier et à chanter), elle a incendié son salon de couture, délire de persécution : *« wooh sorcière, assassin, manipulatrice, ils veulent me tuer, ils ont mangé mes œufs »*. Tout cela, sur fond d'insomnie d'éveil ayant évolué depuis trois semaines et associée au manque d'appétit.

1.3. Antécédents Personnels et familiaux

Sur le plan personnel, elle est née prématurée et placée sous couveuse, une fausse couche à 30 ans, et une fécondation in vitro non réussie cinq ans plus tard. Ailleurs aucun antécédent ni médical ou chirurgical, ni psychiatrique signalé.

Sur le plan familial, pas d'antécédents connus jusqu'à ce jour.

1.4. Anamnèse/Histoire de la maladie

La maladie est survenue de façon insidieuse sur fond de sommeil perturbé (« *mon sommeil est très agité et j'ai du mal à me rendormir après réveil* »), humeur morose les matins, manque d'appétit, irritabilité, agressivité verbale, plaintes multiples, céphalées mobiles et sensation de fourmillement. Devant cette symptomatologie, la patiente décida d'aller consulter dans une clinique spécialisée en neurologie à cause surtout des céphalées qu'elle décrit comme « *insupportables* ». Le neurologue lui aurait prescrit un antidépresseur (Laroxyl goutte 3-3-6 par jour), et un anxiolytique (Tranxène³⁸ cp : 0-0-1 par jour). Trois jours après le début du traitement, amendement presque total des symptômes (elle dort bien, disparition totale des céphalées, a retrouvé l'appétit et régression des sensations de fourmillements et d'irritation). Trois semaines plus tard, tous les symptômes somatiques ont disparu. Elle interrompt brusquement le traitement. Et pour cause : « *j'ai découvert sur la notice que ces médicaments-là, ... (Murmure quelque chose), puis ajoute, j'avais peur de devenir comme le gari dans l'eau (fait allusion à la prise de poids. Je perdais aussi mes moyens après chaque prise. En fait j'ai aussi lu qu'ils déclenchent bien d'autres choses. Attends...je vais vous le lire, pour Laroxyl : tachycardie, hypotension. Et pour l'autre, oui Tranxène c'est écrit risque de dépendance, désinhibition avec impulsivité, nervosité, et autres... une prise prolongée* ». Trois mois après ce premier épisode, resurgissement brutal des symptômes mais cette fois-ci associé à d'autres : sensation de lourdeur, grosse pique de colère, négligence de l'hygiène (« *elle ne se lavait pas, ne brossait plus les dents, elle restait toujours au lit* » selon son mari. Elle et son mari attribuent les symptômes à des origines mystiques. C'est sa mère qui serait à l'origine. En effets la patiente se serait disputée avec sa mère au téléphone une semaine avant l'apparition des symptômes. Et pour cause, depuis le refus de celle-ci à reconnaître et à considérer l'enfant si sa fille venait à en adopté. Etant donné, qu'elle hébergeait l'un de ses demi-frères dans l'une de ses maisons, sachant que celui-ci est très proche de la mère, elle décida de le renvoyer de sa propriété. La patiente aurait dit à son mari, que son demi-frère

³⁸ Tranxène : Médicament appartenant à la famille des anxiolytiques (benzodiazépines). C'est un tranquillisant dans le cas d'une anxiété généralisée, ou angoisse.

complete avec sa mère contre elle. Selon le mari, elle lui aurait dit aussi qu'elle entend une voix qui lui dit tout sur les actions maléfiques de sa mère et ses complices. La patiente et son mari convaincus que c'était plutôt spirituel, décidèrent d'aller solliciter l'intervention du pasteur de leur église. La patiente ne souhaite plus voir un médecin, car pense que c'est mystique. Cette croyance est soutenue par le pasteur et certains proches de l'église. Elle soupçonne sa mère d'être derrière l'apparition des symptômes. Elle est donc victime du phénomène de sorcellerie perpétrée par sa mère en premier plan et certaines personnes de l'entourage de cette dernière. Malgré les trois séances de prières de délivrance, les symptômes n'ont cessé de s'intensifier, surtout avec la succession des cauchemars. Un soir alors qu'elle revenait de l'église, *« j'étais persuadée qu'il y avait les fétiches qui sont dissimulés de partout, cartons, armoires... dans mon atelier de couture. Je n'avais qu'une envie, celle de les brûler. En plus j'attendais une voix qui disait : **brule-les, brule-les...** je fis alors ce que me disait cette voix. Je croyais que, c'était celle de Dieu. Après l'incendie, je me sentais encore plus menacée, la voix me disait : « regarde, ceux-là, que tu vois, sont des complices, ce sont des sorciers », c'est pourquoi je me suis mise à crier pour les dénoncer. Je priais aussi beaucoup sur demande de la voix pour les chasser loin de moi. Je ressentais de plus en plus une grosse pression me monter à la tête. Tout s'embrouillait dans mon esprit. J'avais l'impression de perdre tous mes moyens de contrôle et je voyais tout en noir ou en rouge. C'est comme si je n'étais plus moi-même. Des choses me venaient comme des flashes, des visions, mais étaient constitués de mes souffrances, des souvenirs de mon passé tumultueux. Vous connaissez la suite..., j'atterris à l'hôpital malgré moi... »*. Elle marqua un long silence, comme pour digérer ou plutôt comme pour se déconnecter.

Evènements marquants de vie : Selon ses propos, non désirée au départ, elle est née prématurée et déposée à l'orphelinat juste après sa naissance. Elle passe par trois milieux d'éducation, à l'orphelinat de 0 à 3 ans, chez sa grand-mère maternelle de 3 à 8 ans, Chez sa mère de 8 à 10 ans puis chez son père de 10 ans jusqu'à ses 21 ans où elle dit avoir acquis son indépendance. Les deux méconnaissaient l'existence de l'un comme l'autre. Notion de maltraitance chez la mère. Celles-ci sont faites d'insultes, de sévices corporels et de menaces. Conflit entre les deux parents et pour cause, le père accuse la mère de lui avoir caché l'existence de sa fille, de l'avoir envoyé à l'orphelinat et surtout des maltraitances qu'elle aurait subie par son action. Rupture totale avec la mère jusqu'à ses 18 ans. Conflits avec la mère+++

Facteurs déclenchant : Refus de la mère d'assister à son mariage, fausse couche à trente ans après trois mois de grossesse, échecs de la fécondation in vitro et démarches d'adoption non aboutie à cause du refus de sa mère et frère de reconnaître l'enfant.

2. Hypothèse diagnostique

Vu l'ensemble des symptômes associés aux événements récents de vie (rejet de la demande d'adoption, conflit avec la mère et le frère cadet), notre hypothèse diagnostique semble être en faveur d'une dépression psychotique. Dans l'histoire de la maladie, tout est parti du trouble de l'humeur à la limite une somatisation (irritabilité, manque d'appétit, insomnie, humeur morose, céphalées mobiles, et sensation de fourmillement). La disparition totale des symptômes sous médication d'antidépresseur en est une preuve. L'arrêt brusque du traitement, la résurgence et l'amplification des symptômes dépressifs associés aux symptômes psychotiques comme le délire à thème persécutif, l'hallucination auditive (voix de Dieu) sont en faveur de cette hypothèse. Nous référant au DSM5, il peut s'agir d'une dépression majeure, avec la présence d'au moins cinq signes associés aux symptômes psychotiques comme délire à contenu persécutif, et l'hallucination.

Le regroupement des symptômes nous avait amené à penser éventuellement à un trouble bipolaire à cause de l'alternance des deux phases. Une première phase, marquée par un syndrome dépressif, qui sera succédé par une deuxième approximativement maniaque. Cependant l'amendement rapide des symptômes d'excitation maniaque, nous conduit à penser plutôt à une dépression majeure avec des signes psychotiques.

On note une évolution favorable sous traitement antidépresseur. Nous avons rencontré Mme S. quatre mois après sa sortie d'hospitalisation.

3. Hypothèse de recherche

H1 : La représentation mystique de la maladie semble expliquer le comportement d'enfermement psychique chez la patiente.

H2 : L'adhésion aux champs des croyances, source d'angoisse semble constituer un frein dans la construction narcissique et l'intersubjectivité.

4. Approche des processus psychiques

4.1. Dynamique concrète

Depuis sa sortie de l'hôpital, selon le médecin psychiatre, la patiente est inobservante sous prétexte des effets secondaires. Elle refuse catégoriquement toute autre forme de prise en charge. Elle dit connaître les origines de son mal et souhaite se soigner spirituellement. Sa maladie ne peut se guérir qu'à travers des actions religieuses.

Sur demande du médecin traitant qui préalablement nous avait informés du rendez-vous contrôle, elle accepte que nous assistions à l'entretien. Nous lui proposons à la fin de l'entretien de faire partie de notre étude. Sans hésiter elle accepte et nous demande notre contact. Deux jours plus tard, elle nous contacte pour un entretien. A son arrivée dans notre bureau elle semble soulagée. En effet, le bureau en question est logé entre le service de cardiologie et de neurologie, loin de celui de psychiatrie. Quand nous lui expliquons dépendre du CPPM, elle nous dira : *« en tout cas on ne croirait pas, d'abord votre bureau est logé entre deux services médicaux, cardiologie et neurologie, je suis venue, parce que je sais que vous n'allez pas me prescrire ces machins là... »*. A l'entame de l'entretien, la patiente voudrait connaître notre identité religieuse. Cette demande fait figure de mise en confiance. C'est une sorte de recherche des garanties en termes de sécurité et de protection psychique. La religion reste un point de repère dans la construction du lien de confiance.

Madame S., paraît plus jeune que son âge, avec une coupe de cheveux d'environ cinq à dix millimètres, lui donnant un look de mannequins. Nous avons eu quatre entretiens cliniques avec elle. Quant à ce qui concerne sa présentation, elle a s'habille toujours des tenues bien soignée, des robes en pagne aux styles très variés. Mais le point commun entre ces robes, reste les motifs. Les dessins tournent au tour de la maternité (femme portant un enfant au dos, femme enceinte, mère debout regardant ses enfants, ou encore poule et poussins). Durant tous les entretiens, elle pouvait se montrer impressionnante, enthousiaste et parfois charmeuse par sa voix.

Sur le plan verbal, elle articulait de façon spectaculaire avec une hyperproduction verbale, et parlait par moment comme une petite fille (elle joue avec le son de sa voix, ou parlait d'une façon inaudible, comme un murmure, ou chuchotait des choses au bout de ses lèvres nous obligeant à nous rapprocher d'elle ou à redemander).

Sur le plan émotionnel, l'expression des affects était superficielle, elle pouvait se montrer contente et triste voire en colère à la fois. Parfois elle exprimait des choses avec un

détachement affectif. Par moment nous relevons le tremblement de la voix, l'hypermimie. Irritabilité à la moindre contrariété et crise de larmes.

Ailleurs, elle vient toujours aux rendez-vous avec une avance de 15 minutes et nous envoie un message pour nous informer qu'elle est là. A chaque veille d'entretien, elle nous le rappelait par téléphone.

Elle nous fait savoir qu'elle se sent très anxieuse à chaque de veille d'un rendez-vous à l'hôpital. *« À chaque veille du rdv, j'ai des palpitations et des sensations bizarres à la poitrine »*. Cela remonterait à la suite de la fausse couche. Pour elle : *« j'ai accepté venir vous voir pour plusieurs raisons, vous ressemblez à mon père, votre sourire dans le bureau du Dr, je me sentais très bien en votre présence, et enfin je savais que ça ne durerait pas (sourire) »*. Et d'ajouter *« sans vous mentir je ne me sens pas bien depuis plus de dix-sept ans, mais je n'ai confiance en personne, j'ai trouvé un peu de refuge à l'église. Je me sens en sécurité avec mes frères en Dieu. Je sais que peut-être vous ne me croyez pas, mais moi je sais que ma maladie est spirituelle. Ma mère appartient à la confrérie des sorciers et est pilote d'avion de nuit. C'est elle qui me nuit et m'empêche d'être heureuse. Elle a dévoré mes ovaires. Je ne pourrai plus me ressentir, et surtout avoir le bonheur d'être une mère. Je suis infertile. Je ne peux pas non plus adopter à cause d'elle. J'ai tout réussi sauf avoir un enfant. Elle utilise sa sorcellerie à travers tous les moyens pour m'atteindre et me rendre malheureuse. Je n'en peux plus, je suis fatiguée ... Pourquoi elle s'acharne par tous les moyens contre moi ? Je ne suis pas vraiment malade, je souffre plutôt des affres de la sorcellerie. Ce qu'ils font à l'hôpital peut accentuer mes souffrances »*.

Ailleurs, même si elle signale bien dormir, elle dit ne pas être « heureuse ». Elle dit éprouver un sentiment de mal être à l'intérieur. *« J'ai l'impression comme si tout est mort en moi. Je ne supporte pas non plus le regard des gens. Certains pensent que je suis une femme stérile, parce que je menais une vie de débauche, ou encore que j'ai avorté dans le passé. Je me sens humiliée dans ma peau de femme. Et le plus dur, je ne serai jamais appeler maman »*.

4.1.1. Protocole de Rorschach

		REPONSES	ENQUETE	COTATION
I	28'' 1'26	Ça ressemble : (prends dans la main gauche), 1-deux animaux liés à un tronc, 2-deux mains qui essaient de se rapprocher	C'est l'ensemble du dessin (tronc au milieu, Pour) Mains, je vois des doigts	1=G Kan+/-A 2= G kp Hd
II	29'' 2'32	(...), hum ressemble pourquoi pas à : 1 -deux êtres qui_sont d'accord ils ont l'air de deux êtres, 2 -deux jambes qui se touchent, 3 -patte d'un animal	Parties sombres (2partie noire latérale) pour deux être, deux jambes) Forme rouge inférieure	1 = G bl K+/- (H) 2 = D kp Hd 1 = D CF-Ad
III	7'' 2'02	(...), apparemment on pourra dire que c'est : Deux femmes qui sont allées à la rivière pour puiser de l'eau	Toute l'image c'est 2 femmes puisant de l'eau, (je n'ai pas pu identifier les rouges, si je décompose le dessin)	G K +H ban
IV	3'' 20''	(...), c'est une chauve-souris	Chauvesouris tuée par terre, avec les ailles, c'est l'ensemble	G F+A
V	3'' 26''	(...) celle-là ressemble beaucoup plus à un papillon	Je vois ses antennes, ailles, les petites pattes (toute l'image)	G F+A Ban
VI	20'' 49''	(...) ça ressemble à un 1 - Papillon forme d'un papillon, ou à une 2 -chenille qui se transforme ou en train de devenir papillon (dépose)	Chenilles se métamorphose en papillon (toute l'image)	1 = G F-A 2 = G Kan-A
VII	30'' 1'21	(...), c'est une image que je n'arrive pas à identifier	Pffffff	Refus Irréductible
VIII	27'' 1'30	(...), c'est deux animaux identiques de chaque côté qui sont en train de marcher sur un autre animal comme écrasé par terre (dépose)	Les deux Parties en rose latérale	G kan+ A
IX	18'' 58	(...) vos dernières images là sont ... (murmure quelque), c'est peut-être un 1 -crane humains où 2 - une peinture (dépose)	1. deux crânes (ensemble des 2 parties vertes latérales) 2. Toute l'image avec les couleurs	1 = D F- Anat 2 = G C Art
X	34'' 1'01	(...) AV, c'est ..., je n'arrive pas. Organe génital de la femme	En bas c'est l'orifice, lèvres à chaque côté,	G F-sex

Choix + : VII (c'est mystérieux), III (c'est complice, et amical) et Choix - : VI (j'ai la phobie des chenilles et IX (crâne ça veut dire mort, c'est effrayant.

4.1.2. Psychogramme

Psychogramme			
Production	Appréhension OU Localisation	Déterminants	Contenus
R = 14 Radditives= 0 TTotal= 12'25'' TLM =20,8'' IHC/IDC= 9%/0%	G = 11 /71% Gbl= 1/7% D = 3 /21% Dd = 0 /0% Dbl = 0 /0% Do/Di = 0/0%	F+ = 2 F- = 3 F% = 36% F% élargi = 71% F+% = 40 % F+% élargi = 50 % FC= 0 FC' =0 FC - =0 FC+/-=0 CF= 1 C'F = 0 C= 1 C' = 0 FE=0 FE- = 0 FClob = 0 EF=0 ClobF = 0 E = 0 Clob = 0 K= 2 Kan = 3 kanC = 0 kp = 2 kob = 0 TRI=2/2,5 (k<c) Fle.Compl : 5//0 RC% = 29%	A= 6 Ad=1 (A)=0 A/H= 0 A% = 50% A%élargi= 50% H= 1 Hd= 2 (H)= 1 H/A=0 H% = 21% H%élargi= 29% Anat= 1 Sg= 0 Art= 1 Sex= 1 Abs= 0 Elt= 0 Frag= 0 Alim= 0 Gé= 0 Bot= 0 Pays= 0 Obj= 1 Symb= 0 Sc=0 Arch= 0 Hd+Anat+Sg+Sex= 4
Phénomènes complémentaires : Refus= 1 Chocs+ Blocage= 6 Ban=3 B= 2 B&P= 0 P= 1 IA%= 29 % ; Choix + : III Choix - : VI et IX			

4.1.3. Analyse complète des processus psychique

Eléments Quantitatifs et qualitatifs

La production de Mlle S. est inférieure à la norme $R= 14$. S'agissant de la verbalisation, elle semble fluide et en même temps restrictive. Le temps de latence supérieur à la norme aux planches I, II, VII, VIII et X. Toutes les planches ont été prises par la main gauche, pas parce qu'elle est gauchère, mais traduit la gêne qu'elle éprouve à toucher celles-ci, c'est un signe de rejet des images. Selon sa confession religieuse, certaines images véhiculent les mauvais esprits. Ou encore les esprits malins et sataniques peuvent être dissimulés à travers les images. Il apparaît quasiment des chocs et l'anxiété tout au long du protocole.

Analyse des facteurs

I. Processus cognitifs et intellectuels

L'analyse des modes d'appréhension montre que les G% sont nettement supérieur à la norme ($G%=71\%$), ce qui semble indiquer que Mlle S. aborde les situations de façon globale sans s'attacher aux détails. Le sujet se montre capable d'appréhender la réalité dans son entièreté. La surproduction des G en majorité simples à prédominance mauvaise qualité formelle, traduit chez elle des mécanismes d'évitement et de refoulement. Les Banalités sont inférieures à la norme ($b=3$), ce qui nous conduit à penser qu'elle montre de faibles capacités d'adaptation à la réalité extérieure et une faible socialisation. Les capacités de contrôle apparaissent débordées face à des situations qui mettent davantage en jeu sa réactivité affective ($F\%$ affaibli). $F\%$ inférieur à la norme (font presque la moitié de la norme $F\% = 36\%$), nous conduit à penser qu'éventuellement Mlle S. semble être envahie par ses émotion, rendant ainsi le contrôle rationnel insuffisant. Les assises identitaires sont quant à elles fragiles pour permettre l'étayage des fonctions adaptatives. Ailleurs nous pouvons relever une certaine viscosité psychique dans la répétition des contenus de certaines réponses (II-1, VI-1). $A\%$ augmenté, semble traduire chez Mlle S. l'attitude défensive rigide, qui résulterait probablement d'un blocage. Deux kinesthésies majeur K fournies dont une seule est associée à un contenu H, bien identifiés et sexué, mais pas suffisant. Cela peut traduire donc chez elle une faible intégration et moindre capacité d'adaptation, et les désirs non assumés à cause de l'attribution des engrammes éloignés car non humains. Et enfin avec $K= 2$, montre une faible capacité dans les processus de mentalisation.

II. Facteurs de socialisation et rapport au réel

F+% effondré car très inférieur à la norme, ce qui signe les failles des capacités d'adaptation et d'appréhension du réel. L'engramme humain semble présent mais pas suffisant chez Mlle S. soit parce qu'il porte sur une partie du corps (Hd) et non sur sa totalité, ou encore sont projetés sur les contenus animaux. Ce qui nous amène à penser que ses capacités d'identification à une image humaine sont perturbées par la réactivation émotionnelle, à une faible structuration de l'image du corps et à la représentation de soi vis-à-vis d'autrui. H% légèrement élevé, témoigne d'une préoccupation dans le rapport à l'autre, ou au contraire celui-ci est mal géré (prévalence des Hd). Ailleurs nous relevons trois banalités, donc inférieur à la norme, traduisant une socialisation faible.

III. Dynamique conflictuelle et affective

TRI est légèrement extratensif ($K < C 2 < 2,5$), souligne la difficulté à mentaliser les conflits. La formule complémentaire Fc (5/0), renvoie à une certaine immaturité où l'imaginaire prend une importante place dans son quotidien. IA% = 29% augmenté, $H < Hd$, traduit la difficulté à représenter l'autre dans sa totalité, ce qui évoque chez Mlle S. des mécanismes d'isolation et une préoccupation à propos de l'image du corps. Présence de choc presque à toutes les planches et IA% élevé, traduisent des indices d'angoisse. D'autres parts la présence de kan (3) et d'un A% élevé, dénotent des attitudes régressives et infantiles. Ailleurs nous notons de forte charge pulsionnelle et fantasmatique conséquence de l'élaboration des conflits.

IV. Analyse planche par planche

Planche I

La confrontation à cette première situation inconnue et au monde extérieur provoque chez Mlle S. un choc, à mettre en place soit un mécanisme de projection fusionnelle « *deux animaux liés à un tronc* », et à la deuxième réponse de la planche semble confirmer chez elle le besoin de fusion : « deux mains qui essaient de se rapprocher ». Les deux kinesthésies étant des K mineures nous amènent à penser que son potentiel cognitif est soit inhibé ou empêché par l'angoisse. Les mains auraient une possibilité de décider d'un acte en étant déconnecté du corps entier. Cela semble être le signe de dissociation ou au contraire une démarche d'intellectualisation. Cette première planche met en lumière de l'atteinte de la représentation de l'image du corps. La deuxième réponse, montre que l'identité de base de la patiente est plutôt altérée.

Planche II

D'une manière globale, la présence des kinesthésies à cette planche, traduit l'expression des désirs et pourquoi pas des défenses atténuées. La première réponse de la planche « deux être qui sont d'accord ils ont l'air de deux êtres », semble indiquer l'émergence de l'angoisse qu'elle essaie de dissimuler. Cela signe une viscosité psychique chez Mlle S. Les réponses données à cette planche, nous amènent à considérer le type de relation chez Mlle S est sur le mode fusionnel, conséquence de l'angoisse de ré-engloutissement dans une symbiose indifférenciée. Réactivation de l'angoisse de perte d'objet qui d'ailleurs est partiel.

Planche III

L'unique réponse donnée à cette planche, signe une bonne structuration de l'identité et celle sexuée. Elle semble ainsi prendre en compte l'autre dans une relation duelle bien différenciée. La présence d'une réponse humaine à cette planche traduit des assises quant à la structuration de l'identité mais faibles (référence aux réponses données aux premières planches I & II). Cependant les difficultés quant au processus de séparation-individuation demeurent à cause de la fragilisation des assises de base.

Planche IV

Planche où elle passe moins de temps, et donne une réponse directe, mais à l'enquête le contenu est dévitalisé, traduit un mécanisme de projection

Planche V

Présence d'une banalité semble indiquer que Mlle S. a des capacités d'adaptation mais pas suffisante si nous nous référons à l'ensemble des indices présents dans le protocole.

Planche VI

Madame S. semble être capable de représenter un objet ou un corps dans son intégralité. Le contenu de la première réponse « *papillon...* » est répété, les deux réponses données sont arbitraires et de mauvaise qualité formelle, temps de latence supérieur à la norme, renvoient au choc mineur mais de nature sexuel. Tous ces éléments semblent nous conduire à penser qu'éventuellement la problématique de l'identité sexuée est faible et non assumée. Mme S. tente ainsi de dissimuler l'angoisse réactivée par le contenu latent de la planche.

Planche VII

Planche de refus irréductible, temps de latence élevé, Sensibilité partielle au contenu latent : absence de symbolisation du féminin-maternel dans la réponse puisque refus. Mécanismes de défenses : refoulement (Refus). Il peut s'agir d'un choc majeur mais isolé. Cela semble traduire des ressentis d'insécurité éprouvé par Mme S. vis-à-vis de l'image féminité/maternité. C'est un choc isolé selon Péchoux (1954), et qui peut traduire l'insécurité à la suite des maltraitances subit dans son enfance, et aux conflits permanent avec la mère.

Planche VIII

Temps de latence élevé, présence d'une kinesthésie, dénote chez Mlle S., la réactivation des pulsions agressives. Ce qui nous conduit à penser qu'elle éprouve des difficultés à gérer son rapport au monde extérieur. Difficultés donc à canaliser ses affects émergeant de son rapport avec son environnement social.

Planche IX

Présence de choc, la réponse « crane humain », traduit l'angoisse quant à l'intégrité du corps, la deuxième réponse « *une peinture* », semble traduire un mouvement régressif. Les images maternelles semblent non seulement dévalorisantes, dévitalisées, mais menaçantes, effrayantes.

Planche X

Cette dernière planche provoque un choc, temps de latence élevé. Mlle S. donne une réponse globale, de mauvaise qualité, directe « ...organe génital de la femme », dont elle caractérise à l'enquête par l'orifice, traduit la réactivation de l'angoisse concernant l'identité. La référence à l'orifice et lèvres (axe central), employé à l'identification de l'organe génital de la femme, soulève chez elle la problématique sexuelle. Enfin, le fait qu'elle se centre à évoquer une réponse directe et à contenu sexuel, nous amène à penser que la planche semble provoquer un profond malaise entre désir et défense, avec recours à des mécanismes archaïques comme le clivage (« ...orifice et lèvres de chaque côté »). Il y aussi malaise face aux affects (temps de latence long, une seule réponse, non intégration des couleurs).

Synthèse

En définitive, nous notons que R inférieur à la norme, une augmentation des G% à prédominance de mauvaise qualité, le refus à la planche VII, traduisant le mécanisme de

refoulement. Mlle S. semble capable d'appréhender les situations extérieures dans leur entièreté sans se préoccuper des détails (D% très bas, absence des Dd et Db1). Les capacités d'adaptation et de perception sont perturbées par l'émergence et l'envahissement des émotions et des affects qu'elle a du mal à maîtriser. A% augmenté, traduit une attitude régressive et infantile. Cela signe chez elle une attitude à recourir à l'imagination et au fantasme. Faible attribution des engrammes humains au profit des contenus animaux, trois banalités, nous amène à penser que les capacités d'adaptation à la réalité et de socialisation sont faibles. H<Hd traduit une faible structuration et identification de l'image du corps dans son entièreté, faible représentation de soi vis-à-vis d'autrui. H% légèrement augmenté, signe chez Mlle S. la préoccupation dans son rapport avec l'autre. TRI légèrement extratensif, traduit les difficultés à mentaliser les conflits. Fc (5/0), montre chez elle une sorte d'immaturité, et la place primordiale de l'imaginaire dans son quotidien. IA% élevé et la présence de trois kan relevés chez Mlle S., nous font penser à des attitudes régressives et infantiles, et la présence de fortes charges pulsionnelles. IA% augmenté et H<Hd, évoque un mécanisme d'isolation sur un fond de préoccupation quant à l'image du corps.

Les situations nouvelles et à l'inconnu, semblent révéler chez Mlle S. les failles quant aux assises de son identité de base et faible structuration de l'image du corps. Nous notons l'émergence des pulsions qui semblent impliquer un retranchement via l'intellectualisation et la projection.

L'identification du contenu latent à certaines planches semble provoquer la réactivation de l'angoisse quant à la problématique du processus séparation-individuation.

V. mécanismes de défenses

Face à l'angoisse, aux facteurs de stress, des conflits intra et extra psychiques la patiente semble mettre en place certains processus psychologique automatique. Il s'agit :

- **Emergences en processus primaires** qui s'est traduit avant et pendant la passation par la méfiance (« *votre bureau est-il bien isolé ? je voudrais savoir si on nous entend pas dans les bureaux d'à côté ?... »* » s'interrompt lorsqu'elle entend le bruit des pas dans le couloir) et quelques réticences, F+% bas, désintérêt pour le concret (D% bas).
- **Les procédés labiles** signifiés par la manifestation des commentaires répétitifs sur les planches « *vos images là... » « humm »... « elles sont bizarres ces images... »* », prise de toutes les planches par la main gauche, refoulement (refus de la planche VII symbole du féminin/maternité), contenu de la planche X très cru « *...c'est l'organe*

génital de la femme », la méconnaissance « *c'est ...je n'arrive...* », faiblesse de l'intérêt porté sur le formel (F% bas) et enfin TRI extratensif.

- **Evitement**, traduit par l'effort d'appréhension des G global car les G% = 71% donc très élevés. Cette quasi-prédominance des G% met en évidence chez Mme S., la nécessité de contrôle sur les désirs, les pulsions considérées comme dangereuses. Ce procédé est en relation avec le refoulement.

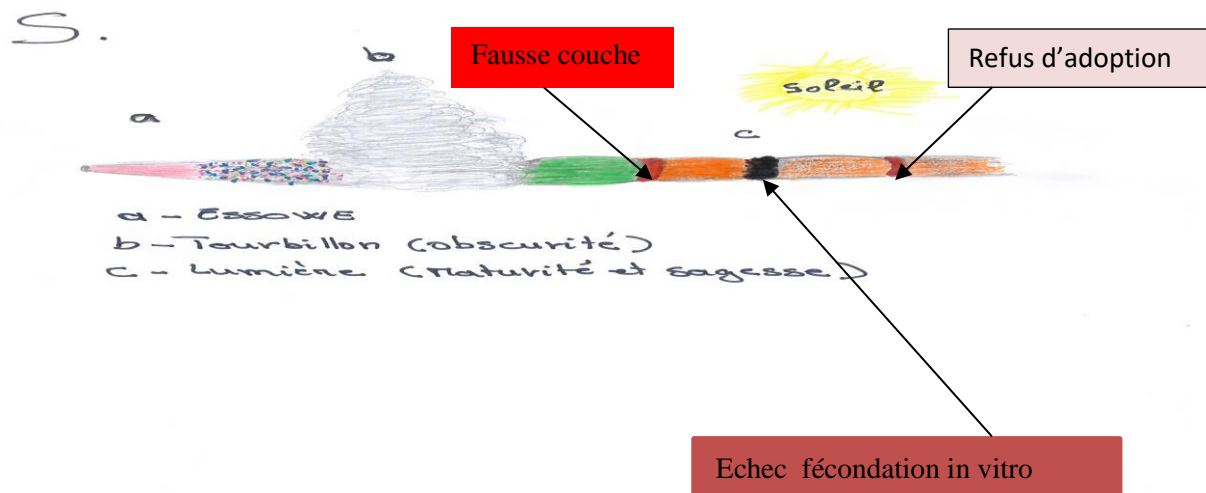
Au vue de tout ce qui précède, nous pensons qu'il s'agit d'un fonctionnement hystéroïde qui peut facilement basculer dans la décompensation psychotique sous cumul d'intense stress.

4.2. Subjectivité du sujet

La subjectivité de la patiente a essentiellement porté sur les vécus et représentation de la fausse couche, de l'échec de FIV et sur l'adoption non aboutie. Elle se focalise sur les facteurs déclenchant de la maladie plutôt que sur la maladie elle-même. Pour elle tout est l'œuvre de sa mère, qu'elle identifie comme une sorcière et pilote d'avion de nuit. Elle admet tout de même que les symptômes traduisent sa lutte à elle, c'est un combat contre les esprits maléfiques. Les symptômes comme l'insomnie, irritabilité, manque d'appétit, insomnie, humeur morose, céphalées mobiles et sensation de fourmillement, selon la patiente, font suite à l'action de la mère. Cette dernière lui aurait lancé un sort. D'après son explication, le sort lancé par sa mère était dans le but de la déstabiliser et de la faire souffrir. Les cauchemars quant à eux, traduisent pour la patiente l'attaque spirituelle perpétrée par la mère et « *sa confrérie de sorcellerie* » à son encontre. Les symptômes psychotiques, la voix qu'elle entendait est signe de son alliance avec « *Jéhovah le créateur* » qui lui prévient à fin d'anticiper ce qui devait l'arrivée.

4.2.1. Dessin de la ligne de vie

En dehors du dessin, elle nous rend un extrait de texte qu'elle a écrit elle-même et nous demande de le lire une fois dans l'avion.



Commentaire et analyse du dessin de vie :

Le dessin dans son ensemble représente, selon la patiente « une corde ». « *Je l'ai choisi car c'est ce qui paraît le plus significatif pour moi. La corde peut lier les objets entre eux, ou avec d'autres choses. Ma vie ressemble à cette corde, qui lie ce que j'étais ou comment j'ai vécu au passé, de ce qui se déroule actuellement au présent, et peut-être plus tard, c'est mon avenir. Il s'agit de mes souffrances, de mes transformations, de mes rêves brisés, de ce qui constitue mes doutes, mes échecs* ». Elle le subdivise en trois zones, a, b et c :

Phase a : « *Essowè* » c'est-à-dire « *Dieu est là* ». Celle-ci s'étant selon la patiente de la naissance jusqu'à ses dix-huit ans. Le début du dessin est en rouge. Le rouge matérialise ses souffrances depuis l'enfance. « *Ma mère ne voulait pas de moi. Je reste convaincue que ma mère voulait me tuer avant ma naissance. La connaissant, elle aurait provoqué elle-même l'accouchement. Je suis la providence de Dieu. J'ai survécu à tout, même en étant née prématurée. J'ai été abandonnée à l'orphelinat, et élevée par les sœurs religieuses jusqu'à mes trois ans avant d'être récupérée par ma grand-mère. Malgré que mes deux parents soient en vie j'étais traitée comme une orpheline. Entre 8-10 ans, c'était un enfer, entre les insultes, les maltraitances physiques, les privations de repas, les calomnies, tout pouvait m'arriver dans la même journée. C'était pour moi une torture. Je vivais dans la peur... (Silence pleures) heureusement mon père su qu'il avait une fille et vint rapidement me récupérer chez ma mère. Une fois chez mon père j'étais devenue une princesse, j'étais bien traitée et aux petits soins de mon père* ».

Le récit de la patiente traduit une enfance difficile marquée des situations traumatisantes, d'importantes frustrations mais malgré tout elle montre beaucoup de capacité de résilience. Certainement au cours de ses trois premières années à l'orphelinat, elle a construit un lien attachement insécurité évitant. A l'orphelinat, difficile d'avoir une figure d'attachement, elle semble apprendre très tôt à maîtriser ses émotions. Déjà rejeté par la mère, le père n'étant pas au courant de son existence. Il s'est alors développé chez elle très tôt un attachement non sécurisant, car peut-être à l'orphelinat, elle a ressenti que ces besoins en termes d'affects ne seront pas satisfaits, n'étant pas seule. Pour se protéger face à l'insatisfaction de ses besoins, elle gardait ses émotions pour elle pour éviter d'être déçue à nouveau.

Phase b : « *Tourbillon (Obscurité)* » S'étend de 18 à 30 ans, et qualifiée par la patiente comme phase de grande turbulence. D'où représentation de la partie par un tourbillon. « *Après mes 18 ans j'étais devenue adulte, autonome financièrement. J'ai fait toutes les bêtises, un peu inconsciente jusqu'à mes trente ans. Vous trouverez tout concernant cette partie de ma vie sur le papier. Je vivais comme une pécheresse, dans l'insouciance...* ». Elle aurait coupé tout lien avec sa mère jusqu'à ses 23 ans. C'est la mère qui décide l'appeler « *sous prétexte qu'elle était malade et souhaitait me voir avant de mourir* ». Une fois le contact renoué, sa mère l'appelait que quand elle a besoin d'argent.

Le titre donné par la patiente, « *Tourbillon* » signifie vent violent qui ne laisse rien mais qui ravage tout sur son passage. Quand elle ajoute les adjectifs « *pécheresse et dans l'insouciance* », cela fait référence certainement aux transgressions des valeurs et normes morales et religieuses. Cette prise de conscience intervient après sa reconversion à la congrégation des Témoins de Jéhovah (TJ). Soulignons, que sa reconversion intervient après sa fausse couche. Elle dit se sentir seule, et grâce à deux fidèles de TJ qui venaient lui parler de Dieu, elle a réussi « *à vivre avec cette douleur liée à la perte* ». S'agit-il d'un hasard si elle ose se comparer au « *dépotoir* », ou fait-elle allusion de comment elle a atterri à l'orphelinat. Cette phase semble traduire une sorte de passage à l'acte. S'agit-il d'une phase de libération ? En tout cas elle se lâche complètement, et semble être dans l'extrême revendication. Elle n'hésite d'ailleurs pas à dire que cette phase de sa vie est à l'image des étiquettes que sa mère lui avait collé. Mais tout cela reste la responsabilité de la mère. Elle dit porter plutôt le « *fardeau* » qui n'était pas sien mais celui de la mère. Elle n'a pas encore accédé à la conscience de soi.

Revenons un peu sur la notion de révolte à l'image du « *tourbillon* », dont parle la patiente. Vue que pendant la **phase a** la patiente gardait pour elle ces affects et émotions, la phase b révèle alors l'explosion et le débordement émotionnel.

Phase c : « *Lumière (maturité et de sagesse)* » : Le changement de comportement intervient après la rencontre avec son époux. Malgré l'absence de sa mère à son mariage, elle était heureuse d'épouser quelqu'un qu'elle aimait. Elle a connu dans cette phase trois évènements « *très bouleversant* ». Il s'agit de la fausse couche après trois mois de grossesse, échecs de fécondation in vitro et enfin rejet des dossiers d'adoption. Nous parlerons des vécus de ces trois évènements dans la subjectivité de la patiente. Ceux-ci semblent constituer des éléments ayant conduit à l'effondrement narcissique. La patiente semble avoir perdu ses objets narcissistes.

Sur recommandation du « *pasteur et des frères* » de son église, elle décide de pardonner tout à sa mère malgré tout. « *Elle est ma mère et je ne pourrai pas changer ça. Dieu nous demande de pardonner comme lui-même est miséricordieux envers nous* ».

S'agit-il de la phase d'accession de la conscience de soi ou d'épuisement ? Tout semble plutôt indiquer un mouvement de construction de l'identité au regard de l'altérité. Cela paraît traduire une sorte d'extension suite à l'accession de la conscience de soi. Elle semble enfin avoir les capacités à se percevoir elle-même, à s'identifier, de se comporter d'une façon adaptée. La conscience de soi sert de repère dans sa nouvelle quête de reconstruction identitaire dans le lien d'intersubjectivité. La maîtrise des frontières du soi, autrui et le milieu favorise l'intersubjectivité. L'intériorisation du regard d'autrui intervient après sa reconversion, il s'agit de la réactualisation de la conscience morale et collective. Le regard de l'autre semble transformer sa vision et son estime de soi. Il émerge à la suite de ses expériences, le sentiment d'appartenance. Elle semble être dans une phase qu'Erikson (1950) appelait, l'intimité, c'est-à-dire période de la vie où le sujet est capable d'établir les compris. Cherche-t-elle ainsi une stabilité ? En tout cas, elle semble bien décider à consolider et à privilégier le lien, c'est-à-dire le relationnel. Bref il s'agit de la recherche dans l'acquisition de la stabilité dans sa vie de couple, familiale, de couple, ou d'amis. Cela s'explique par son mariage, son désir d'enfants et enfin sa reconversion. Cela nous amène penser qu'il y a une maturité du sentiment d'identité. Elle a par conséquent des capacités d'investissement de soi et de l'autre.

Voici le texte rédigé par la patiente :

↳.
« Voici en quelques phrases le résumé de la vie qui m'a animé un peu plus de 30 ans.

J'ai tourné comme un tourbillon de vent dans une vie immorale telle que : mensonges, vols, adultères, jalousies, envies, fornication, ivrognerie, excès de colère etc — Bref tous les défauts qu'une personne peut manifester pour correspondre à un dépotoir. Ma mère m'a fait porter son fardeau. Vous comprenez qu'une telle personne ne peut être que l'objet du rejet des autres. C'est ce qui explique sa désobéissance même des enfants envers sa personne et l'hostilité du monde en son regard.

Au jour d'aujourd'hui les sentiments que j'éprouve envers ma mère c'est de la pitié et de la miséricorde. Elle me fait beaucoup de peine.

Avec tout ce que j'ai vécu, vous comprenez que ni vous ni aucun médecin de ce monde ne peut guérir les blessures que je porte dans mon cœur si ce n'est Jehovah mon Dieu — Je continue par suivre votre traitement que vous aurez l'amabilité de m'administrer tout en priant Dieu de me guérir.

Dans toute cette grande tribulation, j'ai tenu bon grâce à deux personnes à qui je dois d'ailleurs la vie ; le premier Jehovah mon créateur — mon mari c'est la deuxième personne — »

4.2.2. Vécu de la fausse couche

D'après les propos de patiente, elle est survenue après 12 semaines de geste. En effet, elle partageait la vie de cet homme depuis plus de cinq avant qu'ils ne décident de se marier. Un an après leur mariage, elle n'avait qu'une seule envie, celui de fonder un foyer avec des enfants. Il a fallu attendre pendant plus de 7 mois avant que cela n'arrive. « Devenir mère était pour moi une grâce, j'avais tout pour être heureuse. Mon salon de couture marchait à merveille, mon mari très affectueux que jamais. Depuis qu'on souhaitait avoir des enfants, je n'arrêtais plus de m'informer, et au moindre retard, je faisais des tests de grossesse. Le jour où, il s'est révélé positif, c'était le plus beau jour de ma vie. Je n'ai pas tardé à aller voir un médecin gynécologue. J'avais 31 ans, donc sur recommandation du médecin, je pris un repos vis-à-vis de mon boulot. Je commençai à avoir de petit malaise au milieu du deuxième mois marqué par des douleurs et crampes au bas ventre. Un jour, alors que j'étais étendu dans le canapé au salon, je sentis de vives crampes. C'était intenable, je fus conduite aux urgences... (Long silence, yeux noyés de larmes), il avait trois mois quatre jours, je l'ai perdu. A l'annonce, je me sentis complètement anéantie. J'avais l'impression que rien ne comptait plus que ce bébé.

J'ai encore le pagne que je portais ce jour-là avec une tache de son sang. Humm, m'le sé véné...je me sentais coupable, je me disais j'aurai dû faire des enfants beaucoup plus tôt, lorsque j'avais 20 ans. J'ai lu des magazines qui disaient plus l'âge de la femme est élevé le risque de fausse couche est élevé. Plus j'y pense, une inquiétude s'emparait de mon esprit, ne jamais avoir d'enfant serait une malédiction pour moi. Comment me sentir femme si je ne peux pas concevoir... ».

En résumé, cette expérience a laissé chez S, un vécu négatif avec des sentiments de culpabilité, de dévalorisation, de dépréciation et d'impuissance. Cet événement semble provoquer un chagrin ayant conduit à une fragilisation narcissique. La fausse couche a provoqué une détresse psychologique. Cela fait suite d'une part à l'anéantissement de ses projets d'être mère. D'autre part à l'interruption prématurée de ses projections imaginaires et fantasmatiques. Le sang semble symboliser le fœtus mort. Le bébé semblait être un couronnement. Comme si tout son investissement semble se poser sur la fertilité. Cela nous conduit à nous poser des questions sur éventuellement des croyances et représentations autour de la question des « fausse couche ».

Dans le contexte togolais, les interprétations autour des fausses couches s'articulent sur des croyances à propos de la sorcellerie, les mauvais esprits qui soient responsables de celles-ci. Ou encore c'est la victime qui est prise pour responsable.

Pour la patiente, sa fausse couche émane de la sorcellerie ou des mauvais esprits. Il s'agit d'une attaque extérieure. Celle-ci vise essentiellement le fœtus. En rappel, au Togo il existe des croyances autour de la grossesse. Parmi celles-ci, se trouve la conviction que la femme enceinte peut être la proie des mauvais esprits. Ainsi les gens croient que les esprits se serviront de la femme enceinte pour entrer dans le monde réel. Et pour y arriver, ils doivent parvenir à tuer le fœtus en prenant sa place. Pour éviter que cela arrive, il existe des prescriptions allant d'interdictions alimentaires, vestimentaire, et/ou sexuelles. En exemple, la femme enceinte ne doit pas avoir des rapports sexuels avec un amant, ne doit pas sortir la nuit, ou encore ne doit pas boire de la boisson. D'ailleurs il existe des rituels après les trois mois de grossesse. Avant trois, elle est gardée secrète. Le fœtus est perçu comme une réincarnation des ancêtres, d'où la ferme exigence de protéger les femmes enceintes et leurs fœtus. Si malgré tout la fausse couche survient, en fonction des circonstances, certains rituels peuvent être accomplis. C'est une façon d'intégrer vécu de la fausse couche au quotidien de la mère et de son entourage, à fin de réduire leur souffrance liée à la perte. De nos jours, la pratique des rituels de grossesse ou de fausse couche tend à disparaître dans les villes, pour plusieurs

raisons, notamment l'accès à la médecine moderne, métissage culturel et l'avancée et la propagation des religions importées.

4.2.3. Vécu de l'échec de la fécondation in vitro

En rappel, au Togo le recours à cette méthode est méconnu par une grande partie de la population. Il n'existe malheureusement pas d'étude sur le sujet pour confirmer ou informer nos propos. Nous ne disposons pas d'étude du fait que peu de couples recourent à cette méthode. D'après la patiente, *« je ne savais pas qu'une telle technique existait. C'était mon mari qui m'en avait parlé. Il a pressenti que je souffrais beaucoup. Il l'aurait découvert par l'intermédiaire d'un de ses amis qui l'aurait pratiqué dans une clinique. Après avoir contacté cette clinique, nous nous lançâmes dans les procédures en respectant toutes les indications. Malgré que ce fût très couteux, nous avons tenté deux fois sans succès. Cela a réactivé en moi les douleurs comme celles que j'avais ressenties suite à la fausse couche. Je me sentais déboussolée, abattue et anéantie. Sans doute, je suis condamnée à souffrir et à ne pas connaître la joie de la maternité. Ça confirme les paroles que ma mère avait dites à mon rencontre, « tu es maudite ». Cette petite phrase me revenait et sonnait encore et encore, dans ma tête. Ça semble sonner la fin, mes chances de devenir mère sont quasiment zéro ».*

En dehors du fait que cela soit vécu comme pénible, l'échec de la FIV montre que la patiente soit submergée par les poussées émotionnelles. L'échec est rapidement associé aux champs des croyances. Elle n'est pas disponible pour une explication scientifique, parce que les croyances religieuses l'empêchent. D'après ses croyances tout ce qui lui arrive, a une et une seule cause « *ma mère* ». D'après ses interprétations sa mère aurait tué son enfant (fausse couche), détruit tous ses ovaires (échec FIV). C'est donc la mère qui l'empêche d'être heureuse, c'est pourquoi elle ne peut plus devenir mère.

4.2.4. Vécu de l'adoption non aboutie

L'adoption reste le dernier recours pour devenir mère. L'adoption non aboutie était l'étape de dernière chance. Au Togo, d'une manière générale, l'accès à la maternité est perçu comme émanant de « *Dieu* ». Notre patiente reste partagée ou ambivalente quant à sa situation. D'un côté elle pense que tout est dû à l'action maléfique de sa mère qui l'empêche de devenir mère. Mais d'autre part elle pense que *« c'est peut-être la volonté de Dieu, le fait de ne pas avoir d'enfants. Ou peut-être c'est plutôt mon passé qui me suit. Le sorcier ne peut venir que de la maison »*. Elle sait qu'elle peut aimer et prendre soin d'un enfant même si ce dernier n'est pas le sien. L'amour qu'elle avait investi dans son enfant biologique qui n'a pas survécu, elle veut

l'investir, le donner à un autre et le chérir. Cette décision fait suite aux conseils des proches du couple.

« Après que mon mari et moi avons muri nos pensées et pris notre décision, j'étais allée voir mon père pour le lui en parler. Il a bien accueilli la nouvelle. Quant à ma mère, elle se montra critique, non enthousiaste et pessimiste. Pour elle, c'est une mauvaise décision, elle me fit l'histoire et la cartographie d'un enfant adopté. Donc selon elle, ces enfants sont sources de nombreux problèmes, non seulement ils représentent toute la misère du monde, ils sont porteurs de menace et de malheur. Malgré sa mise en garde, je l'informai de ma détermination à adopter un garçon. Mon mari et moi commençâmes les démarches. Tout était presque ok, il fallait juste que ma mère et mon demi-frère acceptent et reconnaissent cet enfant comme petit fils et neveu. Long silence précédé d'un soupire, avant de reprendre « humm, après s'être consultés, ils ont dit non. Encore une fois, l'ombre de ma mère me précipite dans la souffrance. C'en est de trop, c'était trop amer pour moi et insupportable à la fois. Oh mon Dieu qu'ai-je fait pour mériter tout ça ! Je ressassais tous les évènements, mes souffrances à cause de cette femme ».

4.2.5. Contenu des rêves

Selon la patiente, depuis l'âge de trente ans, elle avait fait une série « *de rêves bizarre* », qui même sans aucun sens, l'avait perturbé. Le mot « *bizarre* », traduit une angoisse à cause de certain de leur contenu. Voulant connaître le contenu de ceux-ci, sans hésitation, elle dit « *non* ». « *Je ne veux plus être torturée dans ma tête* ». Elle nous dira pour ajouter, « *ces rêves m'avaient poussé même à éviter de dormir. Heureusement grâce à l'ami de mon mari qui est prêtre, j'arrivais à dormir. Ce dernier était venu faire un rituel de prière, asperger l'eau bénite et nous avait donné l'encens qu'on devait brûler pour une durée de neuf jours dans toute la maison pour chasser les mauvais esprits. Les jours qui ont précédé ma fausse couche, j'avais aussi fait un rêve dans lequel **ma mère me faisait boire un liquide noir*** ». Après sa reconversion le pasteur de son église lui aurait dit qu'elle était possédée, car il y aurait un esprit maléfique qui la poursuivait. Et pour s'en débarrasser le pasteur l'aurait soumis à une série de jeûnes et de prières, pour être délivrée. Chose à laquelle elle croit fermement. Mais elle s'est rendu compte qu'à chaque fois qu'elle fait des mauvais rêves quelque chose de triste lui arrive.

Avant la survenue de cet épisode, elle dit avoir fait successivement une série de rêves dans lesquels, elle a été violée par un inconnu qui se révèle plus tard être son petit frère. Puis dans d'autres, c'est plutôt son mari qui l'aurait violé.

Elle pense que c'est sa mère qui se transforme pour la violer.

Le sens que la patiente donne de ses rêves

Selon S., ces cauchemars étaient tellement violents, effrayants et horrifiant. Selon elle le viol symbolise la honte qu'on peut infliger à quelqu'un. Et le pire, c'est que le violeur soit son demi-frère. C'est avilissant et très humiliant. *« Ça signifie que ce dernier me veut du mal, il cherche à m'humilier, à me rabaisser. Mais concernant mon mari, c'est une sorte de domination. Ce qui m'a beaucoup préoccupé. Dans ma culture faire un rêve à contenu sexuel, traduit un besoin non satisfait, mais quand c'est du viol, en général ça signifie un déshonneur, encore par un proche c'est pire, et très malsain, cela relève de la sorcellerie. Mais sur le plan religieux, ça traduit une impureté, c'est une pure obscénité machiavélique, je me sens souillée »*. Vraisemblablement ce qui l'a inquiété, ce sont les émotions douloureuses ressenties au réveil. *« J'ai éprouvé la douleur comme si c'était vrai. J'étais tellement inquiète et énervée, que j'ai directement appelé ma mère pour demande d'explications. Ce qui m'a encore choqué, ma mère avait tout banalisé comme d'habitude. J'ai compris que je m'adressais à la mauvaise personne, ma mère en savait quelque chose, et je crois qu'elle est complice du complot »*.

Dans son interprétation, le versant religieux semble prendre le dessus. Etant une adepte de l'église des Témoins de Jéhovah, elle a une morale sexuelle très rigide. Le cauchemar semble déclencher l'angoisse de castration. L'appel à la mère traduit, la recherche d'étayage pour apaiser cette angoisse. Elle semble être dans la problématique œdipienne comme le disait Freud à propos du viol dans le rêve, que c'est une mise en scène de la symbolique du complexe d'œdipe. C'est un déguisement en interdit de l'inceste. C'est ce qui semble probablement provoquer d'émotions violentes et douloureuses. Cela paraît être une manifestation, ou retour des contenus enfouis dans l'inconscient quant au non-respect des limites du désir et les lignes de ce qui doit rester infaisable. La mère et l'église paraissent être des éléments castrant. La mère représente la figure incarnant le danger, la menace, ou encore l'objet dévorant. Quant à l'église, elle appréhende la sexualité comme un péché capital. La mère est déguisée ou représente l'église, qui prive de l'objet de désir, car interdit.

D'autre part, ses rêves peuvent signifier, le trop-plein de la libido non assumée à cause des interdits probablement religieux vis-à-vis de la sexualité. Elle nous dira à ce propos : *« Depuis ma reconversion, la sexualité avec mon mari est complètement réduite ; ça fait partie de l'un des péché charnel. J'évite d'avoir des envies, mais lorsqu'elles surviennent je prie. Les enfants de la lumière ne s'adonnent pas beaucoup au sexe. Car dans la Bible au livre de genèse 1 : 28, on comprend bien que la sexualité joue la fonction de reproduction, et non celle de la jouissance »*. Son mari nous dira qu'ils n'ont plus de sexualité depuis qu'elle s'est reconvertie. Elle refuse catégoriquement l'acte sexuel malgré qu'ils soient mariés. Elle est devenue très rigide et carré par rapport à la sexualité. Selon lui, *« elle est coincée. Cette église l'a rendu prisonnière. Mais je pense que les choses ont commencé en 2010, après l'échec suite à la fécondation in vitro. Trois mois après cet échec, elle était malade tout temps. Elle avait beaucoup de boutons sur le pubis et le sexe rendant impossible toute initiative à la sexualité. Nous étions allés voir un dermatologue. Tout semblait s'améliorer lorsque nous avons commencé les procédures d'adoption »*. Cela semble être un épisode de somatisation sur fond de frigidité secondaire. Pour mieux comprendre son bilan de parcours nous lui proposons de faire son dessin de ligne de vie. Elle accepte mais en nous faisant promettre de garder sa ligne de vie dans l'anonymat, et surtout que son mari ne sache rien.

4.3. Environnement familial

La souffrance de la patiente est identifiée dans le champ des croyances socioculturelle et religieuse. Elle et son entourage très proche adhèrent totalement aux croyances selon lesquelles son mal ou sa souffrance provient des effets de la sorcellerie. Elle nous dira à ce propos : *« je ne suis pas malade, mais je souffre plutôt, c'est invisible, mais je le ressens, c'est juste spirituel. Je n'ai pas de mots pour le dire ou le décrire. Les sorciers ne tuent pas mais ils font plutôt souffrir leurs victimes, une fois fatiguées, elles se laissent et renoncent à se battre pour vivre dignement »*. La souffrance prend ici la place d'un fantasme socioculturel.

Sur le plan d'interaction, la patiente a très peu de relation avec son entourage. Depuis la survenue de la fausse couche jusqu'à l'épisode de la maladie, son cercle d'interaction est très limitée. Les seules relations qu'elle entretient aujourd'hui, se résument à son mari, son père et le pasteur de son église. Elle a désinvesti ses relations intersubjectives au profil d'un surinvestissement religieux. Le contact avec autrui est évité car porteur de menace et pas de confiance.

Pour elle la maladie n'est rien comparée à la souffrance induite par l'impossibilité de devenir mère.

4.4. Transfert et contre-transfert

Comme nous l'avions déjà évoqué un peu plus haut, la patiente a beaucoup surinvestie notre relation. Les éléments transférentiels sont essentiellement apparus lors des entretiens, par comment elle jouait avec le son de sa voix, sa manière de nous parler. Elle nous offre un cadeau au dernier entretien (une chemise en pagne). Elle nous envoyait plusieurs messages pour nous souhaiter « *bonne nuit* » ou encore « *merci beaucoup pour aujourd'hui* ». Lorsque nous tardons à répondre, elle n'hésite pas à nous appeler pour demander si nous avons reçu son message.

De notre côté, il y a eu des moments où nous nous comportons en clinicien plutôt qu'en chercheur. A la fin du troisième entretien, nous l'avions raccompagné jusqu'à sa voiture. Parfois trop empathique.

Conclusion :

Au Rorschach, on note les l'anxiété tout au long du protocole. L'indice d'angoisse IA% très élevé, témoignant la réactivation des poussées d'angoisses. Refus de la planche féminité/maternité (VII), qui traduit un choc majeur selon Péchoux R. (1954), signe d'insécurité vis-à-vis de la tâche féminine. Cela paraît mettre en évidence l'existence des conflits familiaux³⁹ particulièrement avec la mère. On constate d'autres parts des attitudes qui témoignent de ses tendances régressives et infantiles (A% très élevé), une viscosité psychique, fragilité des assises identitaires et enfin d'une faible capacité de mentalisation. Il apparaît aussi l'angoisse de nature dévoratrice et un refoulement massif.

D'autres parts, nous relevons une fragilité narcissique, chez la patiente une forte implication émotionnelle, un surinvestissement religieux. Elle est dans le modèle d'interprétation persécutive de la maladie. La mère identifiée par la patiente comme la mère si puissante « *c'est une pilote d'avion de nuit, c'est une sorcière* ». Il apparaît une sorte de haine contre la mère. Cette haine semble liée à ses croyances et interprétations. Elle se sent privée de la fonction de maternité par sa mère. La patiente semble exprimer comme le disait Faure-Pragier

³⁹ Péchoux Raymond. Séméiologie des « chocs » dans le test de Rorschach. In: Bulletin du groupement français du Rorschach, n°5-6, 1954. pp. 2-5;

S., (2003), « *le défaut de transmission du maternel* ⁴⁰ ». Il apparaît comme un refus de la mère de transmettre le pouvoir maternel. Elle semble soumise à la toute-puissance de la mère. Le débordement et l'effondrement narcissique semblent provenir des représentations et fantasmes, mère comme personnage clé de sa souffrance. Elle ne se sent pas seulement séparée de son objet primaire, mais aussi empêchée par celui-ci dans son désir de maternité. L'angoisse éprouvée par la patiente semble liée à ses adhésions aux champs des croyances « *ma mère a dévoré mes ovaires* ». Nos hypothèses de départ semblent confirmées.

Malgré la distance, nous avons continué d'échanger avec Mme S. Sur le plan psychique, elle est dans une bonne élaboration. Elle a renoué avec sa mère, et est à nouveau en attente d'une adoption.

⁴⁰ Faure-Pragier, S. (2003). Défaut de transmission du maternel. Absence de fantasme, absence de conception ? Dans : Jacques André éd., *Mères et filles: Les menaces de l'identique* (pp. 53-75). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.andre.2003.01.0053.

Cas A.R.

1. Approche sémiologique

1.1. Biographie

Le cas que nous présentons ici est une femme âgée de 36 ans à la date de l'entretien, elle est célibataire sans enfants et est Infirmière de formation. Elle était sœur religieuse avant d'être renvoyée du couvent à la suite de sa maladie. Elle appartient à l'ethnie des éwés. Issue d'une famille monogame, elle occupe le cinquième rang dans une fratrie de sept enfants dont deux filles et cinq garçons. Sa petite sœur est décédée alors qu'elle n'avait que onze ans des suites d'une courte maladie dont elle ignore les causes. Le père décédé il y a environ trois ans par suicide sur fond d'une pathologie psychique, la mère vivante et bien portante. Actuellement son frère aîné souffre d'addiction à l'alcool. Le père et la mère sont des enseignants à la retraite.

Selon les informations recueillies auprès de la mère, elle serait née par voix basse, surtout, sa grossesse a été très désirée. Son père était très heureux, qu'elle soit une fille. Son développement s'est fait sans particularité. La marche et la parole ont été acquises comme la plupart des enfants de son âge. Elle se montrait très curieuse. Déjà à 3-4 ans elle se montrait plus sage que les enfants de son âge. Par exemple *« rangeait très bien sa chambre qu'elle partageait avec son frère, toujours propre et s'intéressait à la lecture »*.

Le caractère sexuel secondaire, acquis autour de 12-13 ans, a été marqué par l'apparition des poils sur le pubis, la pousse des seins à 12 ans, et la survenue des premières menstruations à 13 ans. Selon ses propos : *« c'était un dimanche et nous étions à l'église, lorsque c'est survenue. J'ai eu une sensation bizarre, donc je suis immédiatement allée à la toilette, et voilà. J'ai eu une sensation de mal être, fort heureusement que ma mère m'ait préparée, donc pas vraiment surprise et apeurée. Mais c'était tout de même désagréable, et je me sentais surchargée de responsabilité. Pour moi, il fallait rester vierge avant le mariage, donc il me fallait faire attention aux garçons, mais et surtout ne pas vite tombée amoureuse »*. C'est pourquoi, elle n'a jamais eu de rapport sexuel jusqu'à son entrée à l'âge de 25 ans au couvent dans une communauté religieuse pour vouer sa vie à Jésus.

Sur le plan scolaire, elle a enregistré un échec en classe de première (BACI). Elle obtint le BACII à 23 ans, avant de passer le concours d'entrée à l'école des infirmières qu'elle réussit avec brio. Elle sortira trois ans plus tard de cette école nantie d'un diplôme d'infirmière d'état.

Son choix de vie de rentrer au couvent vient du désir de ses parents. Elle dira que « *c'était pour faire plaisir en honorant les vœux de mes parents* ».

1.2.Motif d'hospitalisation

Elle a été hospitalisée, alors âgée de 31 ans, dans le service de psychiatrie et de psychologie médicale du CHU-Campus pour agitation, logorrhée, instabilité de l'humeur (passe de la joie à la tristesse, du rire aux pleures), irritabilité ++++, idées de persécution, propos incohérents, comportement inapproprié selon son statut de religieuse (elle chantait et dansait du « *mapouka* » dans la chapelle, pour une religieuse c'est anormal, comportement de séduction et de provocation sexuelle, **désinhibition sexuelle**, elle ne respectait plus la morale religieuse), sur fond d'insomnie et d'agressivité verbale. D'après les informations recueillies dans le registre dudit service, elle a séjourné environ cinq semaines soit 35 jours à l'hôpital.

1.3.Antécédent personnels et familiaux

A notre connaissance aucun antécédents, médicaux, chirurgicaux ni psychiatrique personnels signalés à la date du dernier entretien.

Sur le plan familial, le père avait été diagnostiqué bipolaire lorsque la patiente avait 15 ans. Et 8 ans plus tard, son frère a aussi été diagnostiqué de la même maladie. Ailleurs, sur le plan médical et chirurgical, aucune particularité n'a été signalée.

Le diagnostic du père avait suscité des appréhensions et des ressentis négatifs à cause de la manifestation symptomatologique. Selon ses propos « *nous étions très affectés car impuissants face aux symptômes, tout nous échappait, surtout la peur que papa se fasse mal ou se donne la mort. Mais lorsqu'en 2005 mon frère a fait les mêmes crises, c'était de trop pour nous. Avoir deux malades mentaux à surveiller à longueur de journée ce n'était pas chose aisée à faire. Pour nous c'était un mauvais sort ou un esprit maléfique qui était jeté sur notre famille. Ne pas être au contrôle de ses actes ou de ses actions reste insupportable pour la personne et pour son entourage. Mais qu'avons-nous fait pour mériter ça ?* ». Sur ces mots, la patiente s'effondra en sanglots. Malgré son niveau d'étude et sa formation professionnelle, ses croyances à propos de la maladie mentale reste les mêmes « *c'est une malédiction* ». Or la plupart des croyances sont partagées par les membres d'une famille, d'un même clan, d'une même communauté, voire d'une même société. Il était temps que quelqu'un fasse quelque chose, c'est alors qu'elle décida sur recommandation de ses parents d'entrer au couvent dans l'espoir de congédier le sort. Les antécédents familiaux ont influencé ses choix

de vie. Pour elle, tous les symptômes de la maladie ont pour seul et unique but d'humilier le malade et sa famille en l'exposant à la vue et au su de tous. Elle reste convaincue que sa maladie prend ses racines dans la souffrance familiale et plus particulièrement celle de son père et de son frère avec qui elle se sent d'ailleurs très proche.

1.4. Anamnèse ou histoire de la maladie

Il s'agit bien du premier épisode du genre d'installation insidieuse, sur fond de cumul de déception, de frustration et surtout de conflits ayant occasionnés la décompensation en psychose maniaco-dépressive.

Selon ses propos : *« Je sais que j'avais fait une crise en communauté ayant nécessité mon transfert au CHU-Campus. Mais en prenant un peu de recul, je pense que tout est lié à l'ambiance qui prévalait dans notre communauté, et peut être à ma vie depuis ces vingt dernières années. Ma vie dans cette communauté se résume à un mot « DECEPTION ». La réalité au couvent n'est pas du tout semblable à ce que j'imaginai, ou même à ce qu'on nous faisait croire. Tout n'est que mensonge et vanité. Trois mois m'ont suffi pour être dégoûtée de cet endroit. Et pourtant j'y suis restée pour ne pas paraître fragile ou être mal vue. C'est une prison qui ne dit pas son nom. C'était traumatique pour moi. Je n'y arrivais plus à supporter l'hypocrisie et surtout les comportements d'hostilité de la plupart de mes consœurs. Le rapport humain est complètement en dessous de la norme. J'avais l'impression d'être coincée dans ma peau. Il fallait vivre comme un robot. On pouvait être accusée de tout et de rien à la fois. Comme j'en avais marre de cette vie donc j'ai tenté de quitter la communauté à deux reprises sans succès. C'était à cause de mes parents. Je me sentais prise au piège. D'une part mes parents étaient heureux d'avoir une fille religieuse, qui consacre sa vie à Dieu. Dans notre société, être parent d'un prêtre ou d'une religieuse avait certains privilèges. D'abord c'est gratifiant, car cela faisait la renommée de la famille, le respect, et c'était valorisant. D'ailleurs dans le quartier ma mère portait désormais le nom de « **Sister no** » (mère d'une religieuse). Cela paraît être un sacrifice, qui en retour permettait à mes parents ou ma famille d'avoir des grâces et bénédiction de Dieu ». Cela traduit dans les croyances, un sentiment de sécurité. Faire un sacrifice à l'un des leur au seigneur devait garantir le bien-être de la famille, et une protection divine contre les esprits maléfiques. C'est à l'image de la mère du christ Jésus, Marie. Et pour continuer « d'autre part, j'avais un père spirituel qui devait m'aider à enraciner ma foi, à m'encourager à ne jamais renoncer devant les difficultés. Surtout quand on vous à longueur de temps de porter notre croix pour suivre Jésus. Ou encore, pour suivre Jésus, il faut renoncer à soi. Ma vie était un sacrifice, donc je devais supporter ces épreuves.*

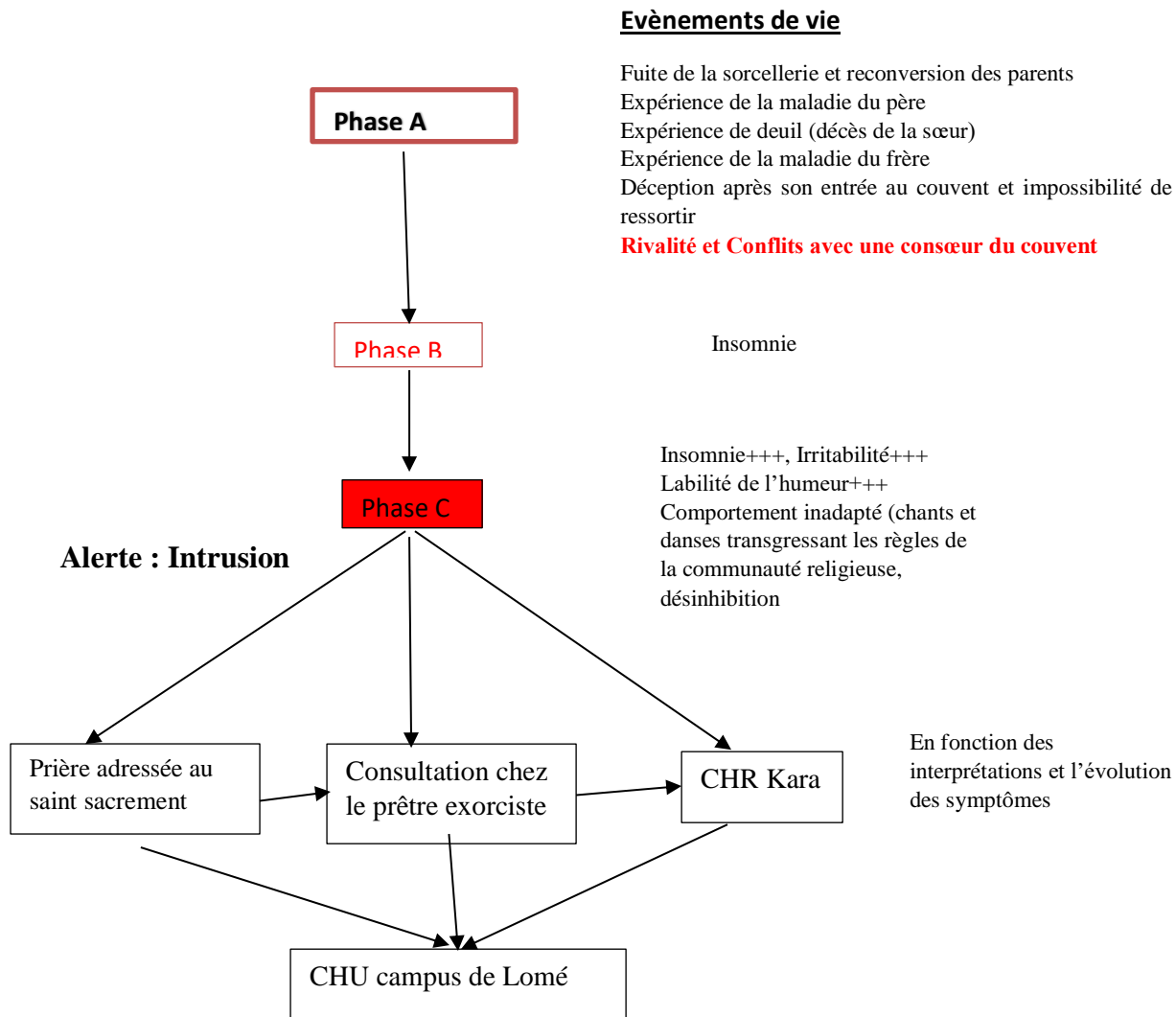
C'est ma croix...J'encaissais de plus en plus. Malheureusement j'ai fini par craquer. Disons que tout est allé très vite, après une vive altercation entre une consœur et moi. Ces comportements m'agaçaient beaucoup, je n'y arrivais plus à la supporter, donc j'ai commencé à crier sur elle, cela marquait le début de ma maladie ». C'est à la suite du conflit que s'installa l'insomnie au début, partielle et trois jours plus tard elle devint totale. Progressivement survinrent d'autres symptômes comme surinvestissement religieux (elle passait trop de temps à la chapelle et à la grotte mariale), l'irritabilité (s'énerve pour tout et rien exemple : « *j'avais une rage à l'intérieure* »), très suggestible, l'hyperactivité (était active et impulsive), parlait beaucoup, pouvait passer de pleures au rire et à l'instabilité de l'humeur. Mais un dernier symptôme indigna ses consœurs, elle chantait et dansait au rythme des chansons prohibées par sa communauté religieuse, car celles-ci d'après les interprétations vont à l'encontre des mœurs et la morale religieuse. Il s'agit d'un genre de musique d'origine ivoirienne, à l'image des danses érotiques, qui incite à l'acte sexuel. Cette façon de faire compromettait et portait atteinte à l'image, aux idéaux et valeurs fondamentales de l'église. Ce fut un signe d'alerte que « *...quelque chose n'allait pas bien* », selon les dires de la mère-supérieure. Cela avait choqué la sensibilité des religieuses, c'est alors qu'elle fut conduite au saint sacrement où des prières ont été dites, avant que ne s'en suivent plus tard la consultation en urgence chez un prêtre exorciste. Puis, elle sera amenée au centre hospitalier régional de Kara sur recommandation du prêtre. Compte tenu du manque d'un service adéquat de prise en charge spécialisée en santé mentale, elle fut transférée au CHU campus de Lomé pour meilleur prise en charge.

En résumé, il s'agit du premier épisode de survenue insidieuse. Tout d'abord, depuis son entrée dans le couvent à 26 ans, sa vie est devenue une répétition de situations sur un mode de déception, marquée par un état permanent de tension et de frustration. Or cette dernière avait provoqué un état d'émotion secondaire comme colère, tristesse. Cet état de conflit ou de tension interne associée aux conflits externes a conduit à l'apparition de l'insomnie, et la survenue des autres signes notamment l'irritabilité, l'instabilité de l'humeur, l'hyperactivité, ... Face à l'émergence et à la complexité du comportement perçu comme « anormal », et étrange, la patiente avait été conduite au saint sacrement, chez un prêtre exorciste. Mais face à la persistance et à l'accentuation des symptômes, elle fut amenée dans un centre hospitalier régional, qui finira par la transférer au CPPM pour meilleure prise en charge.

Le saint sacrement, tout comme le prêtre exorciste sont investis de pouvoir de guérison spirituelle. Les troubles de comportement sont perçus comme expression ou manifestation

d'une possession diabolique. Ce sont donc des esprits maléfiques qui ont pris le contrôle des réactions et conduites du sujet. Pour les chrétiens catholiques, l'arme de combat des mauvais esprits, c'est la prière, l'exposition au saint sacrement ou le prêtre exorciste qui dispose à cet effet des dons et des pouvoir pour chasser ceux-ci.

Schéma de synthèse



1.5. Nature de l'épisode actuel

Le trouble s'est traduit par l'alternance d'une phase d'excitation maniaque et d'une phase dépressive. La première phase est dominée par l'insomnie et d'autres signes tels que l'hyperactivité (des chants et des danses, agitation motrice), des plaisanteries exagérées,

l'hallucination auditive et visuelle (trouble de la perception), accélération et abondance de la parole, désinhibition (diminution de la pudeur, disait des choses sans aucune gêne, attitudes de séduction), comportement d'agressivité, exaltation de l'humeur, l'intensification des pensées et fuite des idées (discours de coq à l'âne), idées de grandeur et tendance au théâtralisme. Elle à propos de cette phase : « *j'avais une rage et une pression à l'intérieure de ma tête* ». Elle pouvait passer du rire au pleure, expression de l'envie d'aider les autres. Cette phase est relayée par la deuxième particulièrement dominée par une perte d'intérêt (anhédonie), un ralentissement psychomoteur, tristesse et humeur très morose, sentiment de culpabilité « *j'ai déçu ma communauté, mes parents, je ne mérite pas être soignée* », se plaignait aussi des douleurs dans tout le corps, des crises de colère, évitement du contact avec les autres.

A son admission, au regard des symptômes, il fut diagnostiqué un syndrome d'accès maniaque. Un traitement à base Valium⁴¹ 5mg et Haldol⁴² 2mg lui fut administré par voie injectable et relayé 72 heure plus tard par voie orale. Mais l'apparition des signes dépressifs quelques semaines plus tard, a conduit à penser éventuellement qu'il s'agit du syndrome de psychose maniaco-dépressive. En dehors du traitement à base d'antipsychotique, il fut associé un antidépresseur (Laxoxyl⁴³ 25 mg).

Concernant ses traits de fonctionnement, A.R. montre du point de vue de la cognition, une perception ou conscience permanente de soi unique (usage fréquent « *Je* » et du « *Moi* » pour parler de soi lors de l'entretien), maintien des limites adaptées à son rôle avec une légère baisse d'estime de soi relever par le sentiment de culpabilité et de dévalorisation). Sur le plan affectif, A.R. montre une labilité émotionnelle se traduisant chez elle par des émotions facilement changeantes, par exemple moment de fou rire et accès de forte colère. Sur le plan relation, AR. désire et se montre capable de nouer une relation et parfois extrêmement empathique. Cependant face aux conflits et aux frustrations, elle peut devenir rapidement inhibée, impliquant un comportement d'évitement. Malgré la labilité affective, elle se montre capable de gérer et de canaliser les conflits à travers les mécanismes d'intellectualisation et de rationalisation.

⁴¹ Valium : C'est un anxiolytique tranquilisant, et possède des propriétés anticonvulsivants.

⁴² Haldol : L'halopéridol est une butyrophénone. C'est un médicament antipsychotique typique de la classe des neuroleptiques. Il a été développé en 1957.

⁴³ Laroxyl : Ce médicament appartient à la famille des antidépresseurs imipraminiques. Il possède également des effets atropiniques et des propriétés antalgiques indépendantes de son effet

Sur le plan médical, pendant son hospitalisation, les examens et bilans médicaux n'ont montré aucune particularité.

Les symptômes avaient rapidement cédé sous traitement pendant son hospitalisation. Presque cinq ans après son hospitalisation, nous relevons une bonne évolution. Elle est toujours sous traitement à base d'antipsychotique (Olanzapine⁴⁴) 5mg, un demi comprimé tous les soirs au couché.

Elle a été prise en compte dans notre étude, à cause de son errance géographique, l'inobservance thérapeutique, comportement d'évitement et d'isolation. Elle a très peu de contacts humains, culpabilité et dévaluation de soi, amaigrissement ou appauvrissement des interactions sociales.

2. Hypothèse diagnostique

Du regroupement des signes en syndrome, des traits de personnalité, il apparaît clairement que AR. souffre du syndrome de psychose maniaco-dépressive, sur un fond de cumul de frustration et d'intense stress.

Au regard des critères diagnostiques définis par le DSM-5, il s'agit du trouble bipolaire I car la plupart des symptômes répondent aux critères complets d'un épisode maniaque (présence de tous les critères A-D). Avec les antécédents familiaux, notamment le père et le frère aîné, tous deux souffrant de trouble bipolaire. En plus, on note la présence des facteurs environnementaux comme source de déclenchement du stress très intense.

Comme diagnostic différentiel, le trouble cyclothymique, hypomaniaque ne sont pas envisageable, à cause de l'absence ou de la présence de certains éléments qui font la spécificité du trouble bipolaire I.

3. Hypothèses de Recherche

La réactivation des angoisses de honte et culpabilité semble bloquer la patiente dans la reconstruction narcissique et intersubjective.

4. Approche des processus psychique

4.1. Dynamique des processus psychiques

⁴⁴ Olanzapine : C'est un médicament utilisé dans le traitement de certaines formes de schizophrénies et des troubles bipolaires

Nous tenons à signaler que la rencontre et le recueil des informations s'est faite presque cinq ans après la survenue des symptômes ayant nécessité une hospitalisation. La patiente y a séjourné pour une durée de cinq semaines. Souvent les patients aiment lier la durée du séjour en hospitalisation à la gravité des symptômes de la maladie. Pour dégager la dynamique des représentations et des processus psychiques, nous nous sommes appuyé d'entretien clinique, des méthodes projectives notamment le test de Rorschach et du dessin de la ligne de vie. Ces outils nous ont permis de recueillir les données et de faciliter l'expression de la subjectivité de A.R.

Pendant tous les entretiens, A.R. adopte toujours une position féminine jambe croisées. Elle se montre très formaliste et conformiste, toujours avec des tenues et un pendentif au cou lui donnant ainsi l'allure d'une bonne sœur. Elle a des cheveux coupés et porte à l'annuaire une bague assortie d'une croix. L'expression verbale quant à elle, est dominée par un flux saccadé, par moment accéléré, et par moment nonchalant avec le ton de la voix aigu. L'expression non verbale est dominée par les gestes barrières (frottement des mains, le raclement de la gorge et les bras croisés). Face aux questions portant sur les symptômes de sa maladie, elle se montre abattu, nonchalance et tremblement de la voix, par moment de long soupire alterné de silence, tête baissée, regard absent, et paraît raide, tendue ou encore de lassitude. Mais concernant son vécu de la vie religieuse, elle apparaît irritée, nerveuse, avec une hyper gestuelle, des gestes mal contrôlés, un débit très accéléré et fait beaucoup de « *tchip* ».

Cinq ans après la survenue des symptômes, la patiente ne semble pas toujours accepter sa maladie. « *Elle est toujours dans le déni* » selon les propos du médecin du service de CPPM, car selon toujours ce dernier, elle fait une inobservance thérapeutique. Car elle ne respecterait pas la bonne prise des médicaments (soit dit avoir oublié de prendre, saute des prises, bref trouve toujours une excuse ou justifie toujours), refus d'une prise en charge psychologique (« *je vais bien, je n'ai pas besoin de voir un psy* »), comportement de fuite et d'isolement. Elle accepte nous voir car sait que les entretiens de recherche sont limités dans le temps et donc ne dépasseront pas le nombre quatre.

Notre premier entretien s'est déroulé dans un bureau neutre, loin du CPPM. Elle apparaît très hésitante, et nous avons pensé au syndrome de première fois, mais non, elle le sera pendant toutes les rencontres. Pendant toute la durée du premier entretien, elle nous évitera du regard, avec un effort pour maîtriser et contrôler ses gestes. Malgré une tendance à se mettre à distance, pendant l'entretien par une attitude d'indifférence, par la posture quelque fois

d'hostilité, elle se montre très coopérative. Le premier entretien laisse d'emblée transparaître un effondrement narcissique, traduit à l'entame par une difficulté d'identification. Elle nous donnera juste le nom de famille sans son prénom, et nous dira avec une voix pleine d'émotion *« je ne sais pas vraiment qui je suis. Depuis 2013, je ne suis plus moi-même, je ne me sens plus normale. J'ai tout perdu, y compris ma vie. Je n'ai rien à aimer, ni à désirer, tout est confus dans ma tête. Je suis rempli de colère, ou de vide intérieur, je ne trouve rien à laquelle je peux m'accrocher »*. Et de continuer en se focalisant sur le vécu de la maladie, *« malgré que je prenne toujours le traitement j'ai peur à l'idée de faire une rechute, à la moindre difficulté d'endormissement ou d'insomnie d'éveil je pense à l'apparition des symptômes. Tout semble parfois trop évident dans ma tête, c'est-à-dire le lien entre insomnie et la maladie. ..(Silence) Hum, c'est tellement angoissant. Je ne souhaite plus refaire la même chose, revivre cette partie obscure de ma vie, où les symptômes ont fait de moi leur complice, leur alliée dans la trahison d'un fonctionnement. J'étais complètement déboussolée, lorsque j'ai osé demander au médecin psychiatrie si, j'allais guérir un jour, avoir une vie normale, ne plus surtout prendre ces médicaments, et arrêter de fuir »*. (Grand soupire, précédé de silence avant de poursuivre *« il m'a dit comme si c'était normale sans même me regarder, « madame, c'est une maladie à vie »*. Cela sonnait et résonnait dans ma tête ». A la question, QUE FUYEZ-VOUS ? Elle commence la phrase sur une attitude défensive *« humm, et selon vous, que pensez-vous que je fuie »* ? Après une pause, *«... la maladie a créé en moi deux états, et deux formes de ressentis contradictoires, la chose et son contraire. J'ai remarqué qu'il y a des moments où j'ai peur de la foule, peur d'être vue, je veux être seule, je veux être isolée, j'évite le groupe. Je pense qu'en me regardant ils connaîtront ma souffrance. Tout regard me fait de la peine, et j'ai l'impression d'être jugée et condamnée. Et je me demande comment vivre ces moments en communauté ! Mais il a aussi des moments où je suis joyeuse, parfois extrêmement, enfin des moments où je suis nerveuse, comment gérer ces situations, j'ai l'impression de ne plus du tout me reconnaître, j'ai peur pour rien, je me préoccupe de tout et rien à la fois. Tout est lié à la maladie, j'ai l'impression d'être continuellement entre ces deux phases. J'en ai marre, ...je suis fatiguée de tout, ça me bouffe trop d'énergie d'être continuellement en lutte contre moi-même, toujours faire tout pour me maîtriser pour ne pas exploser »*. D'une part nous remarquons que la patiente semble réprimer ou repousser ses poussées agressives. D'autres parts, elle semble exprimer l'épuisement psychique, la surcharge émotionnelle. On note le démantèlement des objets narcissistes, ou absence des contenants psychiques, une certaine saturation des espaces affectifs. Le sentiment de malaise engendré par la maladie semble permanent. Celui-ci semble mélanger d'un sentiment de honte

et de culpabilité. Un sentiment d'indignité, et de dévalorisation semblent dominant dans son vécu quotidien. Le désir de contact semble s'opposer au sentiment de déplaisir que cela pourra engendrer. Elle préfère s'isoler, fuir ou éviter plutôt que de se faire rejeter. Nous constatons une forme d'auto stigmatisation et de discrimination. Les perceptions de la patiente quant aux pathologies psychiques restent très négatives. C'est le résultat d'un mélange entre ses croyances culturelles, religieuses et professionnelles. Sa problématique est probablement liée au sentiment de désespoir et d'anéantissement. Ses doutes et ambiguïtés viennent renforcés sa vulnérabilité, et affaiblissement du besoin de croire. Son psychisme est devenu le champ de bataille entre des images d'elle brisée, dégradées. Ce conflit a certainement provoqué une rupture, source d'amertume et de déception permanente.

A.R. exprime des difficultés liées au soi, à sa représentativité, perturbation du lien entre le soi et les autres instances. Elle montre une sorte d'altération de l'idéal de Moi, une crise de perte d'objets identificatoires. Les tensions intrapsychiques engendrées par la maladie, sur fond de conflits relationnels ont entravé les interactions, garantissant la construction narcissique, subjectivité et de l'intersubjectivité. Pour mieux appréhender les processus psychiques, nous nous sommes servis du test projectif de Rorschach dont voici l'analyse :

4.1.1. Protocole de Rorschach

		REPONSES	ENQUETE	COTATION
I	33'' 2'	(Rire), apparemment c'est soit 1. une chauve-souris 2. un oiseau tout court	Sur l'ensemble du dessin, je vois chauve-souris ou oiseau avec ailles, petits yeux, oreilles	1= G F+ A Ban 2= G F+ A
II	31'' 1'00	Là, 1. il s'agit de deux cochons qui s'embrassent 2. deux hommes qui se battent avec du sang	Cochons c'est plutôt la forme du dessin, le rouge je ne sais pas	1= G kan+ A 1= G KC + H
III	12'' 40''	On dirait deux femmes qui s'aident	la forme du dessin, avec des seins	G K+ H Ban
IV	9'' 29''	Froisse la mine, prends la tête dans les mains, 1. Avec cette massivité je dirai un monstre 2. peau d'une bête (dépose)	RAS trop bizarre ce truc	1= G F+ (H) 2= G F+ A Ban
V	18'' 30''	C'est un oiseau	C'est oiseau à cause de sa forme, avec des ailles, des petites le bec, et pattes	G F+ A Ban
VI	51'' 1'47	Ça là..., 1. forme de guitare bizarre	L'étalement de l'image avec un prolongement vers le haut	1= G F+ Objet 2= D F+ sex

		2. Sexe d'un homme-là (ligne médiane sup)	2. cette forme-là ressemble à sexe d'un homme (ligne médiane sup)	
VII	7'' 58''	Ça ressemble à 1. deux petites filles qui jouent ou 2. deux anges qui volent dans le ciel	L'ensemble du dessin, Deux anges avec leur ailles, le blanc au milieu, et aux extrémités c'est le ciel	1= G K+H 2= G K+/- (H)
VIII	1'12 2'03	C'est 1.deux bêtes aux extrémités en couleur rose 2. Au milieu des fleurs	les limites des formes en rose, ces animaux soit sont des souris ou des lions, qui tirent pour le maintien de l'équilibre. (Formes extrémités latérales G et D en rose)	D F ∅ + A ban 2= D F+ Bot
IX	58 1'12	Froisse la mine, 1. deux bêtes couleurs vertes, 2. arbre 3. Crabe partie supérieur orange	ses bêtes sont des animaux sauvages en vert (au centre, ensemble des deux parties vertes latérales), arbre pour couleur rose crabe pour partie orange	1= D F ∅+/- A 2= D F+ Bot 3= Dd F+ A Ban
X	1'26 2'31	Wao, le tout forme 1-Une fleur mais Dans le détail là, 2-des légumes, 3-Des tubercules et Ici 4-La tour Eiffel	fleur à cause de la coloration de l'ensemble, mais légumes extrémité laté. vert supérieur, les tubercules sont en couleur roses, orange et même vert de part et d'autre. Tour Eiffel extrémité supérieure médiane en noir claire finissant le dessin vers le haut.	1 = G CF Bot 2 = Dd FC+/- Bot 3 = D FC+/- Bot 4= D F+ Architec.

Choix + III deux femmes s'entraident, qui sont unis pour conjuguer leur effort.

Choix – IV sa couleur, et la forme sont bizarre on dirait un géant fantôme, ça fait peur

∅ : la couleur est plus utilisée de façon descriptive que pour participer à l'identification de telle ou telles légumes

4.1.2. Psychogramme

Psychogramme de AR 36 ans			
Production	Appréhension OU Localisation	Déterminants	Contenus
R = 21 Radditives= 0 TTotal= 13'10'' T/R= 37' TLM =1'19'' IHC/IDC= 0%/0%	G = 12 /57% D = 7 /33% Dd = 2 /10% Dbl = 0/0% Do/Di = 0/0%	F+ = 12 F- = 0 F+/- = 1 F% = 62% F% élargi = 95% F+% = 96% F+% élargi = 90% FC= 0 FC' =0 FC+/- = 2 CF= 2 C'F = 0 C= 0 C' = 0 FE=0 FE-= 0 FClob = 0 EF=0 ClobF = 0 E = 0 Clob = 0 K= 3 KC= 1 Kan = 1 Kan+/- = 0 kanC = 0 kp = 0 kob = 0 TRI=4/3 (K>c) Fle.Compl : 1/0 RC% = 43%	A= 8 Ad= 0 (A)= 0 A/H= 0 A% = 38% A%élargi= 38% H= 3 Hd= 0 (H)= 2 H/A=0 H% = 14% H%élargi= 24% Anat= 0 Sg= 1 Art= 0 Sex= 1 Abs= 0 Elt= 0 Frag= 0 Alim= 0 Géo= 0 Bot= 5 Pays= 0 Obj= 1 Symb= 0 Sc=0 Arch= 1 Hd+Anat+Sg+Sex= 2
Phénomènes complémentaires : Refus= 0 Chocs+ Blocage= 7 Ban=6 B= 7 B&P= 0 P= 0 IA%= 9% ; Choix + : III Choix - : IV			

4.1.3. Analyse complète des processus psychiques

Eléments quantitatifs et qualitatifs

D'une manière générale, le nombre de réponse R=21 se situe dans la norme. Nous relevons une bonne production verbale mais tout de même lourde. Car apparition à certaines planches du protocole un processus de précautions (Pl. I, III, IV,). Temps de latence supérieur à la norme à six planches sur les dix (I, II, VI, VIII, IX, X) avec l'omniprésence de l'anxiété.

En ce qui concerne la particularité, A.R. accepte de passer le test. Résident à l'intérieur du pays, à 80 Km environ de Lomé la capitale, le rendez-vous pour la passation du test fut reporté, car a raté son bus et évoque les difficultés à faire un déplacement à ce propos. Le test sera finalement administré trois jours plus tard dans sa localité dans un établissement de santé où un bureau sur notre demande nous avait été dédié. Le test s'est déroulé dans de bonnes conditions. Après avoir posée des questions sur comment les données seront traitées, elle se montre très enthousiaste.

I. Processus cognitifs et intellectuels

Présence d'une bonne variété de réponses (G, D, Dd), montre que A.R. est capable d'appréhender les situations dans leur entièreté, toute fois en se préoccupant des détails (Dd) et en mobilisant avec succès ses processus rationnels. Contenus variés (A, H, (H), Bot,) A% faible, R normal, traduisent chez A.R. une richesse en ressources sur le plan rendement intellectuel. K nombreuses (K=4) et à prédominance d'une bonne qualité, dénote de bonnes capacités de mentalisation et de symbolisation. Elle présente une adéquation du fonctionnement cognitif (F+% =96%).

II. Facteurs de socialisation et rapport au réel

Nous relevons six banalités, F% normal, traduit chez A.R. de bonnes capacités d'adaptation et de socialisation. F% élargi (95%) très élevé signe sa tendance à étouffer sa vie affective, et elle recourt de façon privilégiée à des mécanismes rationnels pour la contenir.

III. Dynamique conflictuelle et affective

Chez A.R. nous relevons une affectivité apparemment maîtrisée et stabilisée au vu du TRI (4/3) introversif. Cela semble témoigner de ses capacités à gérer les pulsions et angoisses.

Cependant la réceptivité affective n'est pas du tout assumée (RC% 43% très élevé). Par ailleurs, elle est capable de mentaliser les conflits. La multiplication des FC=2 à la même planche (X), traduit chez elle, une attitude de conformisme et de soumission. Ces conduites ont une valeur défensive devant l'émergence fantasmatique. Les émotions quant à elles semblent inhibées (ΣC bas). Néanmoins sous d'intense stress, l'expression de sa vie affective peut s'exprimer d'une façon bruyante et dramatisée (KC, FC). L'indice de barrière et de pénétration de Fischer et Cleveland montre 7B/0P, donc avec une forte prédominance de barrière, ce qui traduit une forte solidité corporelle, une certaine limite entre le dedans et le dehors. Cela étant, nous pensons que la représentation de soi et l'image du corps chez A.R. est intègre.

Au terme de l'analyse formelle, la confrontation et le regroupement des indices nous conduit à penser que A.R. possède de bonnes capacités de perceptions et d'adaptation à la réalité et aux situations nouvelles. Les processus de pensée et d'investissement montrent qu'elle a les capacités de mentalisation des conflits. Elle peut donc se montrer capable de tenir compte de la réalité et d'établir une limite entre elle et le monde extérieur. Elle dispose d'une richesse en termes de ressources intellectuelles et d'une bonne capacité de socialisation. Elle est aussi capable de s'identifier et d'identifier l'espèce humaine dans son entièreté. Quant à sa vie affective, elle semble ambivalente, car tantôt elle peut paraître bruyante, de façon brodée, et peut être aussi tempérée.

IV. Analyse planche par planche

Planche I

A.R. à la première planche du protocole montre une réaction dysphorique due à l'apparition de l'anxiété qu'elle tente de dissimuler à travers le « rire », (temps de latence supérieur à la norme). L'expression « *apparemment c'est soit ...* », traduit un processus de précaution qui fait suite aux chocs. Cependant elle montre de très bonnes capacités d'adaptation et d'identification (les réponses sont des G avec de bonne qualité formelle et avec des banalités). Les assises identitaires paraissent bien structurées.

Planche II

La présence de la couleur rouge provoque d'emblée une réaction de chocs (temps de latence élevé). Malgré cela, elle donne deux réponses avec deux kinesthésies dont un kan et l'autre KC, un contenu animal et l'autre humain, avec de bonne qualité formelle. La première semble traduire la symbolique d'une relation libidinale « *deux cochons qui s'embrassent* » avec

éviterement du rouge. La deuxième semble indiquer l'émergence des pulsions agressives « *deux hommes qui se battent avec du sang* ». Celle-ci donne un signalement sur sa vie affective qui peut se révéler bruyamment ou de façon dramatisée. D'une façon globale, la réactivation des pulsions libidinales et agressives semblent bien canalisées par A.R. L'image corporelle et la représentation de soi sont perçues dans leur intégralité et entièreté.

Planche III

Bonne perception de deux personnages humains dans leur totalité et leur mise en relation « *...deux femmes qui s'aident* ». Cela vient appuyer l'hypothèse selon laquelle A.R. aurait de bonnes assises de base, la structuration identitaire est bien solide avec une identité sexuée bien différenciée.

Planche IV

Présence de chocs (temps de latence trop long, froissement de la mine, prends la tête dans les mains) traduisant une perturbation ou une anxiété chez elle. Mais les contenus des réponses sont bien identifiés et entiers. La première réponse « *...un monstre* », caractéristique du symbole phallique, fait référence ici à l'image paternelle dotée de puissance. L'apparition de l'angoisse nous amène à nous interroger sur la source du sentiment de malaise exprimé vis à vis de la planche. La deuxième réponse « *peau d'une bête* », traduit un clivage ; passer de (H) à A, semble

Planche V

Le contenu de la réponse a été identifié en intégralité et une banalité, ce qui nous amène à réaffirmer de la bonne structuration des assises identitaires et de leur solidité chez A.R. Et par ailleurs son rapport au réel et au monde extérieur est adéquat.

Planche VI

Encore une fois, présence des chocs (temps de latence très élevé), témoignant ainsi chez A.R. la manifestation de l'angoisse de castration. La première réponse « *forme de guitare bizarre* » renvoie l'identification du symbole phallique. Cela semble se confirmer avec le contenu de la deuxième réponse qui est toute crue « *sexe d'un homme-là* », mais qui est partiel. La planche implique l'émergence des réactions émotionnelles. Ce qui nous conduit à dire que même si l'identité sexuée est bien différenciée, elle n'est pas assumée.

Planche VII

A cette planche, elle donne deux réponses dont la première montre des engrammes humains « *deux petites filles qui jouent* », évoquant ainsi sa capacité à bien différencier les sexes et son accès à la problématique œdipienne. Mais le contenu de la première réponse de cette planche traduit un mouvement régressif face à la féminité. Le contenu latent a ainsi suscité une réponse plus infantile. Tandis que le contenu de la deuxième réponse « *deux anges qui volent dans le ciel* », est évocateur d'un vécu de deuils, sa petite sœur et celui de son père, décédés respectivement il y a 25 ans et trois ans.

Planche VIII

Temps de latence très élevé, traduit l'émergence émotionnelle. La première réponse, « *deux bêtes...* », témoigne de l'émergence des poussées agressives. Cela semble se confirmer à l'enquête « *...soit des souris ou des lions...* » mais avec des efforts pour justifier celles-ci « *...tirent pour le maintien de l'équilibre* ». Cependant le contenu de la deuxième réponse « *...des fleurs* », symbole de la féminité, semble aborder son fonctionnement psychique caractérisé par le « *mystère de la relation entre les sexes* ». Il peut s'agir donc d'un jaillissement des pulsions libidinales. Au travers ces réponses A.R. se montre capable de combiner des pulsions agressives à celles libidinales. Cela laisse penser à un fonctionnement ambivalent, le fait de passer des pulsions agressives aux pulsions de vie. D'une manière générale, l'existence d'une banalité, associée aux bonnes qualités formelles des contenus des réponses, montrent que A.R. dispose de bonnes capacités d'adaptation face au monde extérieur mais que celles-ci peuvent être débordés en termes d'intégration et de canalisation des affects.

Planche IX

A cette planche, A.R. manifeste clairement un malaise par la présence des chocs (temps de latence très élevé, non intégration des couleurs aux réponses). Le contenu de la première réponse « *deux bêtes couleurs vertes* », traduit l'émergence des pulsions agressives, mais la qualité formelle reste floue, traduisant un mécanisme de refoulement. La deuxième réponse « *arbre* », un D mais avec la perception d'un contenu perçu dans son entièreté. La troisième réponse « *crabe* », un Dd traduit un processus de vigilance. Ces deux dernières réponses traduisent un mécanisme de type régressif face à l'émergence émotionnelle et pulsionnelle.

Planche X

Cette planche suscite la réactivité aux couleurs et des retentissements d'ordre affectif, émotionnel et pulsionnel, traduit ici par un temps de latence très élevé, FC, la perception des symboles de féminité « fleur... », et du phallus « *La tour Eiffel* », « *des tubercules* ». L'évocation et l'intégration des couleurs aux réponses traduisent le mécanisme de refoulement chez A.R.

Par ailleurs, A.R. passe du mode d'appréhension global (G) au petit détail (Dd) avant de finir avec deux grands détails (2D).

Synthèse

Au terme de cette analyse, nous pouvons dire que A.R. a des capacités de perception, d'appréhension et d'adaptation acceptables aux situations nouvelles et à la réalité. Elle montre des capacités d'identification de la réalité dans son entièreté et peut aussi se préoccuper des détails. Nous relevons de bonnes capacités en termes de processus de mentalisation pour faire face à ses besoins et aux conflits. La réceptivité de l'affectivité n'est pas assumée, même si elle se montre capable de socialisation et d'une stabilité affective.

V. Mécanismes de défense

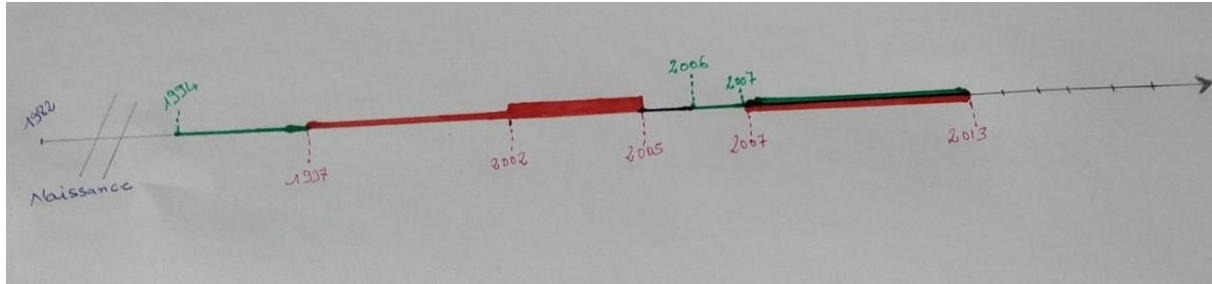
Certains procédés sont mis en place par A.R. face à l'émergence pulsionnelle et des conflits inhérents dans son rapport avec le monde extérieur. Les défenses sont assez rigides. Nous relevons entre autres : le *contrôle rationnel*, *l'intellectualisation* qui se traduisent par des K nombreuses, F% élargi et F+% respectivement 95% et 96%, donc très élevé. Il apparaît également d'autres mécanismes de défense comme le *refoulement* se traduisant chez A.R. à travers l'utilisation des couleurs à titre descriptif surtout à la planche IX et X, banalité un peu élevée, l'existence des chocs au noir (Pl I), au rouge (pl. II) des chocs couleurs (pl. VIII, IX, X) et enfin l'évitement du rouge ; *des défenses narcissiques* (F%+ = 95% élevé et surinvestissement des indices de barrières entre dedans et dehors dans le but d'écarter les éléments projectifs).

L'identité de base et l'identité sexuelle apparaissent bien structurées. Il s'avère que nous soyons en présence d'un fonctionnement de type névrotique sans pathologie majeure.

4.2. Dessin de la ligne de vie

Elle dira sur la défensive : « *Humm, tout est brouillé dans ma tête mais je vais essayer* ».

Dessin réalisé par A.R.



Elle commente le dessin de la ligne de vie en deux étapes, évènements positifs et ceux négatifs.

Evènements positifs : « *je vais commencer par les évènements positifs, le jour de ma première communion en 1994 (porter une robe blanche, être entourée de ma famille et amis c'était merveilleux), l'obtention du diplôme d'infirmière d'état en 2006, obtention de mon premier poste de travail en tant qu'infirmière en 2006 (s'occuper des autres a été l'un de mes profond désir d'enfance, et je pense que c'est ce qui m'avait conduite au couvent), la joie de mes parents quand je rentrais au couvent en 2007* ».

Evènements négatifs : « *Humm, tout est grâce, la vie a été très difficile et quelque fois injuste avec moi, « gnima vo dokuimé », j'ai rencontré de rudes épreuves, en 1997 papa souffre d'une maladie mentale, en 2002 décès de ma sœur, 2005 frère fait une maladie mentale dont il ne s'en sortira pas jusqu'à ce jour, en 2007 après mon entrée au couvent, grande déception de découvrir la réalité marquée par le mensonge, la calomnie, l'hypocrisie, la jalousie, beaucoup de frustration, perte de ma liberté d'expression ; en 2013 début de ma maladie mentale et exclusion au couvent* ».

Le dessin dans son ensemble paraît simple, mais les couleurs viennent souligner le caractère des empreintes singulières du vécu de chaque évènement. Elle a utilisé cinq couleurs pour nuancer et différencier les ressentis et affects. Il s'agit des quatre couleurs fondamentales, le bleu, le rouge, le vert, le noir et les traces du crayon.

1982 : est son année de naissance. Pour elle, la couleur bleu traduit une vie normale, sans particularité. Tout va de soi jusqu'à ses 12 ans avant de passer au vert. Son effort à dire que c'est normal, semble traduire un processus rationnel. Mais la suite de son commentaire et analyse, fait penser à un clivage : « *j'étais partagée entre me réjouir ou me plaindre de*

l'extrême gentillesse de mes parents. Je me sentais étouffée. Ce n'était pas possible de me plaindre alors mes frères m'enviaient ».

Alors âgée de 14 ans (période d'adolescence), elle reçoit sa première communion. Elle semble avoir trouvée un étayage. Son nouveau statut permet de compenser et atténuer l'émergence pulsionnelle.

15-23 ans : Période colorisée en rouge. A 15 ans, son père a été diagnostiqué bipolaire et cinq ans plus tard sa sœur décède. La couleur rouge semble traduire l'émergence des affects pénibles.

23-24 ans : son frère est lui aussi diagnostiqué bipolaire. Mais pourquoi elle trace cette période en noir. Ça reste une phase sombre marquée par « *le doute, l'angoisse* ». A ce propos, elle disait : « *J'ai pressenti être la prochaine victime de la cette maladie. J'avais des notions en santé mentale. Souffrir d'une maladie mentale c'est mourir en étant vivant* ». Cela fait plutôt écho des retentissements dans le rapport relationnel.

A 25 ans : On relève plusieurs évènements positifs dont l'obtention du diplôme d'infirmière, un premier emploi avant de décider rentrer au couvent. Son choix de devenir infirmière peut découler du vécu de la maladie du père. Se former pour soigner son père. Le choix de devenir religieuse, semble par contre traduire l'exécution d'un contrat comme le dira Aulagnier « *Contrat narcissique*⁴⁵ » dans le but de rééquilibrer la rupture causée par le vécu de la maladie du père, du frère et le décès de la sœur. Elle le fait pour les parents.

25-31 ans : Cohabitation des trois couleurs, vert, noir et rouge. Malgré la prise de conscience de la réalité, les lignes traduisent les murs d'isolation ou de frontières. Globalement la présence de plusieurs couleurs témoigne de la capacité de A.R. à prendre en compte toute les éventualités existentielles. Il s'agit de l'acceptation et surtout de l'adaptation au monde extérieur. Mais les frontières entre les couleurs semblent soigneusement tracer, cela peut être signe d'une rigidité et d'un manque de flexibilité. Après son entrée au couvent, désormais sa vie tourne au rythme du fonctionnement de la communauté, et aussi celui de l'hôpital en tant qu'infirmière. Après ses premiers vœux, elle n'est pas qu'une simple religieuse, mais aussi une infirmière. Elle est d'ailleurs la seule dans le couvent à avoir une formation professionnelle. Les frustrations au couvent sont compensées et comblées par la gratification au boulot : « *ce sont les patients qui me redonnaient le sourire. Etre à l'hôpital était et restait les meilleurs*

⁴⁵ Aulagnier P. (1975), P189

moments de ma journée. Les autres étaient jalouses. Notre supérieure était la seule qui me soutenait ». La décompensation était survenue au cours de la deuxième semaine des congés qu'elle a obtenu au boulot. Aujourd'hui, sur la dimension concrète la plupart des symptômes cliniques sont amendés. Selon la patiente, elle a toujours l'impression que ses symptômes sont collés à son corps. Le regard de son entourage reste insupportable. Cela traduit les difficultés face au débordement des affects issus du vécu de la maladie.

Elle dit vivre toujours dans la crainte d'une rechute, mais aussi se sent séparer du reste du monde à cause de sa maladie.

La plupart des conflits sont de nature représentative. C'est-à-dire entre ce qu'elle pense d'elle-même et l'opposant à ce qu'elle pense que les gens pensent d'elle. Conflit entre image de soi et reflet de soi à travers le regard d'autrui.

On observe un désinvestissement total des relations sociales impliquant une réduction des interactions.

4.3. Description de la réalité subjective de la patiente

Pour mieux cerner la dimension des ressentis et de la réalité subjective de la patiente à propos de sa souffrance, nous avons choisi d'approfondir les thèmes portant sur son vécu de l'hospitalisation, du traitement, de la maladie et les perceptions qu'elle a des soignants selon ses expériences de la maladie. Dans son récit, nous percevons les indices et les facteurs conduisant à l'enfermement psychique, à la construction des barrières de surprotection narcissique. La maladie apparaît comme source d'empêchement et de gêne à la subjectivité et à l'intersubjectivité. Malgré l'amendement des symptômes cliniques, ceux liés à ses croyances, aux images mnésiques freinent le réinvestissement des objets narcissistes.

S'agit-il d'une coïncidence ou d'un hasard, la patiente nous fait savoir que cet entretien se passe exactement à la même date que le jour de son admission dans ce centre hospitalier il y a cinq ans. Donc selon ses expériences, cette date (03 Janvier) réactive de mauvais souvenirs. Nous sommes assimilés à un exorciste, qui pourra annihiler le mauvais sort qu'on l'a jeté, pour rompre avec la malédiction. Bref elle croit que nous sommes son porte bonheur, elle souhaite être délivrée du poids qu'elle porte depuis l'apparition de la symptomatologie.

L'ordre de présentation des différents thèmes abordés est celui choisi par la patiente. Le récit s'est accompagné de l'émergence de l'anxiété, mélangé à quelques épisodes de pleurs, de colère et de long silence.

4.3.1. Vécu de l'hospitalisation

Voici son récit :

*« Je suis partagée, mes sentiments mitigés mais dominés en tout cas par des ressentis très négatifs. Je me suis sentie impuissante et angoissée par le fait de perdre contrôle. Malgré que je travaille dans un hôpital, ce lieu réactive toujours des souvenirs et sensations désagréables. Ces évènements remontent depuis mon adolescence, en 1997 avec le déclenchement de la maladie de mon père, la maladie et la mort de ma sœur à l'hôpital, je suis infirmière et j'en suis passée par ce centre lors de ma formation, la maladie de mon frère et enfin ma propre expérience en tant que patiente. C'est un peu difficile à expliquer. Au départ je n'étais pas consciente de l'hospitalisation, mais beaucoup de choses se sont passées lors de mon hospitalisation ; mon entourage était un peu bizarre comme s'il me cachait quelque chose. Certains venaient me rendre visite sans mon autorisation. On m'imposait leur présence. Même ceux avec qui je m'étais disputée. C'était difficile pour moi d'accepter les choses qui m'étaient imposées à l'hôpital. **J'ai même reçu l'onction des malades pendant mon hospitalisation sans m'en rendre compte** (dit la phrase deux fois en articulant). Ça fait mal de ne pas savoir ce qu'on a fait sur vous. J'étais très consciente lorsque je suis arrivée à l'hôpital, mais après rien. J'étais devenue un animal, sur qui on fait tout.*

Je ne m'en souviens plus vraiment dès le moment où j'ai commencé à recevoir le traitement. Et ça..., ça me fait mal. Je me dis que le médecin s'est trompé du traitement. Ça fait mal de ne pas savoir combien de temps j'ai passé à l'hôpital. Pour ça il faut toujours se référer aux dires de mes proches. C'est comme si j'étais morte, et qu'on agissait sur mon cadavre... Hum, je suis très confuse par rapport à cette période d'hospitalisation, elle est marquée par des hauts et des bas, beaucoup de confusion, d'incompréhension, j'étais traitée comme un objet, je n'avais rien à dire. Les médicaments sont pénibles à supporter, trop de contraintes, et forcée à accepter tout sans s'opposer ni se plaindre. A vrai dire, c'était traumatiques et je traîne les séquelles jusqu'à présent, elles me colleront et hanteront tout le reste de ma vie. C'est comparable à une descente aux enfers.

D'autres parts je sais que c'est ce qu'il y a de mieux à faire. Ils n'avaient pas de choix face à une maladie qui induit des réactions bizarres. Mais c'est difficile et insupportable d'être à la place de la patiente que je suis ».

Rappelons qu'elle avait été conduite au CPPM du CHU-campus par ses consœurs religieuses sans aucun membre de sa famille. Donc elles se relayaient à son chevet à tour de rôle avant

l'arrivée de ses parents une semaine plus tard. Etant déjà en conflit avec elles, et surtout elle leurs reprochait d'être à l'origine de l'apparition des symptômes (insomnie et la colère). Son récit met en avant la perte de contrôle et sa résistance à la régression. Les sentiments d'impuissances et d'angoisse traduisent les conflits intrapsychiques face à la menace et la peur d'être engloutie. Il s'agit du conflit lié à la perte de contrôle de soi, à la peur de la fragilisation du Moi-peau ou des enveloppes psychiques. Il y a aussi rejet des images renvoyées par les symptômes. L'existence dans son discours des suspicions peut signer un ressenti persécutif.

4.3.2. Vécu du traitement

D'après son dossier consulté sur place, elle prenait au début de sa maladie, un neuroleptique (Haldol 5 mg), un antidépresseur (Laroxyl) et un stabilisateur (Akinéton). Première modification intervient sur fond de plaintes des effets secondaires, par Olanzapine qu'elle continue à prendre jusqu'à ce jour.

« Les médicaments étaient insupportables au début. Ils me faisaient perdre la tête, je perdais mes moyens, je n'y arrivais pas à bien me déplacer, même prendre ma douche était impossible, je somnolais tout temps. Les médicaments prennent possession de mes forces. C'était aussi difficile de me lever du lit les matins. C'est aussi contraignant et épuisant de prendre les médicaments matin-midi-soir, c'est un rituel qui a fini par me rendre en rage. Ça me rappelle que je ne suis pas comme les autres, je suis toujours malade. Même les réactions de mon entourage tournent autour de ça, « as-tu pris tes médicaments ? Ne faut pas oublier de prendre tes médicaments ? J'avais l'impression d'être une criminelle qui devait expier ses péchés par la prise des médicaments. J'avais la bouche sèche, posture robotique, tremblement des mains, difficilement j'arrivais à tourner ma langue dans ma bouche et je bavais... »

J'ai toujours l'impression que prendre mes médicaments laissera les autres tranquille. Ils (médicaments) sont pour moi une forme d'enfermement ; il y a des moments où j'ai l'impression d'être un zombie dont le monde a peur. Je me demande : que deviendrai-je avec ces médicaments ? Les effets secondaires à court et moyen terme je les ai déjà vécus. Je m'inquiète de ceux à long terme que je ne connais pas encore. J'ai envie d'arrêter mais j'ai peur de ce qui peut advenir.

4.3.3. Vécu de la maladie

« Humm, (ELLE SE MIT A PLEURER...) je ne sais vraiment quoi vous dire à ce sujet, je suis complètement déboussolée, et anéantie par cette maladie. Elle est pénible cette maladie. En cinq années de vécu marqué par d'interminables moments de frustration, elle a radicalement changé tout dans ma vie. La maladie est une forme d'emprisonnement. Je suis privée de beaucoup de choses à cause d'elle. Elle m'a presque tout pris, j'ai perdu ma dignité, mon statut social, personne ne te fait plus confiance quand tu parles. Je me sens rejetée. La plupart de mes relations sont mortes. Je vis cacher. Je ne peux même plus faire une blague, on croirait que c'est ma santé mentale qui s'est détériorée. J'ai un sentiment de solitude et d'abandon. Ce qui est encore plus dur c'est le regard des gens, difficile à supporter. Je me demande, à quoi pensent-ils en me regardant ? Quel est mon statut social actuel. J'ai l'impression d'être une charge. Il y a des moments où je suis de bonne humeur, et des moments où l'humeur est au plus bas niveau. Et cela me fait très peur. Je n'y arrive pas non plus à accepter cette maladie.

Au sortir de l'hôpital, ma supérieure me dit de ne plus rentrer au couvent mais de rester chez moi. C'était un coup très dur. C'en est de trop. J'ai dû retourner chez mes parents à Afagnan, grâce leur aide j'ai commencé à m'occuper de moi, de reprendre goût à la vie, de penser à autre chose. Oui, j'ai été renvoyée du couvent à cause de cette maladie. Si le couvent (institution religieuse, donc l'église) m'a rejetée c'est sûr que les autres aussi le feront. J'ai peur d'être rejetée à nouveau, de perdre le peu de liens qu'il me reste. Je ne suis plus religieuse, j'avais renoncé à tout pour l'être, mais que me reste-t-il à présent, rien. J'ai peur de m'engager avec un homme à présent, et quand il le découvrira, il me rejettera aussi. Je ne veux pas avoir d'enfants, donc j'aurai du mal à répondre aux exigences sociales, notamment avoir des enfants avec quelqu'un. C'est pour éviter que mes enfants aient une maladie mentale comme je l'ai hérité de mes parents. J'ai dû m'enfuir et rester loin de mes lieux habituels pour éviter les regards des gens qui me connaissaient. Je n'y arrive pas à me défaire des images de moi étant malade, des choses que j'ai dû faire parce que je ne me contrôlais plus. Je suis passée de la personne très entourée à celle solitaire, de la religieuse à la simple laïque, d'une personne pleine de vitalité et d'ambiance à celle d'une personne inquiète et morose, de celle qui assume à celle qui fuit, bref je suis passée du blanc au noir. Ma vie est devenue monotone, avoir toujours les mêmes choses, les mêmes gestes, se lever, prendre son bain, aller au boulot, revenir à la maison et prendre le médicament ». Je ne peux même plus aller aux messes matinales qui me réconfortaient et me donnaient la bonne

humeur. Ma vie a basculé, d'hyperactive à hypo active, de dynamique à fainéante et paresseuse.

*Je fuis sans cesse les autres, le groupe, c'est comme si, on pourra lire en moi ma situation, ma faiblesse. Je veux me cacher au maximum, ne pas permettre qu'on connaisse mon état de vulnérabilité et surtout de mon état de santé mentale. **J'ai aussi peur de mon reflet dans le miroir, et pour cela j'évite de me placer devant.** Je m'isole quelque fois, au boulot, à l'église, c'est d'ailleurs les deux lieux que je fréquente en dehors de ma maison ».*

4.3.4. Représentation de la maladie

« C'est une maladie dénigrante, avilissante, déshonorante et dégrade la dignité humaine. Elle peut être héréditaire, car mon père avait souffert de ça avant sa mort, de même que mon frère aîné qui aujourd'hui est devenu addictif à l'alcool. Cette maladie est une malédiction. Elle est issue de la jalousie, de la méchanceté, et tout porte à croire que c'est spirituel, vue comment elle se manifeste ; j'espère que je ne vous choque pas en disant ça. Elle a plus de traits communs avec les manifestations spirituelles, d'envoutement ou de possessions.

*Et puis les gens penseront que je suis une menteuse, « aboussamto », c'est-à-dire pécheresse. Selon certaines croyances, ma maladie est le fruit de mes péchés. Certaines attitudes m'amènent à penser que j'ai un **cœur noir**, rempli des péchés capitaux. C'est le Saint-Esprit qui m'a frappé. C'est une maladie qui est à l'image du désordre qui règne dans l'esprit de la personne, c'est pourquoi j'ai eu des conduites incohérentes et bizarres.*

En fin, cette maladie est un des signes de ma faiblesse. Je suis trop faible pour faire face à l'adversité. Ma maladie signifie que je suis une incapable. Chez nous, ce sont des traitres qui font cette maladie, ils craquent sous le poids des secrets.

La patiente exprime un vécu négatif l'obligeant à éviter les contacts sociaux par crainte des préjugés sociaux. D'une part le vécu est lié des perceptions qu'elle se fait de sa souffrance. Et d'autres parts il est dépendant des effets secondaires des médicaments qui réduisent son champ d'autonomie. Le vécu exprimé dans son récit traduit le cumul des ressentis qu'elle traîne de la maladie du père, du frère, et maintenant d'elle-même. Elle montre aussi que le mal n'atteint pas seulement son mental mais aussi son corps. La maladie a affecté ses relations, ou le lien à travers une altération du schéma corporel et l'image du corps. Elle montre aussi une atteinte dans son intimité. Sa maladie réactive des affects douloureux de son passé familial. Nous repérons deux sources principales d'angoisse et d'anxiété. La première est issue de la contagion

par transmission familiale : père et frère. Et enfin la deuxième source nous apparaît ici comme du traumatisme à la suite de la maladie.

Les réactions de la patiente sont indiscutablement modulées par plusieurs facteurs :

- Tout d'abord les facteurs de la maladie elle-même, notamment les incertitudes, les contraintes liées aux soins (les rituels autour : de la prise du médicament, des visites de contrôles à l'hôpital, bref vie ritualisée), les effets secondaires des médicaments, la non identification des causes de la maladie et suspicion des causes, la douleur morale et psychique, les images mnésiques induites par certains symptômes comme les hallucinations, la répression du sentiment de rage pour éviter de s'exploser.
- Les facteurs psychiques internes, non cristallisation des événements passés (maladie du père, deuil de la sœur, maladie du frère, déceptions et frustrations des réalités du couvent), évitement et isolement (incapacité de s'engager), répression de la sexualité, intériorisation de la stigmatisation, stéréotypes intériorisés, liaison des expériences passées et présentes.
- Facteurs environnementaux et sociaux, dominés par la perte du statut social (renvoyée du couvent), stress lié aux exigences sociales (stress lié aux interactions au boulot).

Au regard de son récit, la représentation de la maladie quant à elle est aussi négative. Elle utilise les concepts décrivant les sentiments de honte et de culpabilité pour se représenter la maladie. En effet ces deux sentiments sont directement imputés à sa pathologie. Ils sont issus des expériences de la maladie. Ils apparaissent bien s'inscrire dans pathologies du self, du fait qu'ils ont intériorisé dans celui-ci. La honte et la culpabilité ont émergé du lien entre le sentiment d'impuissance, d'insuffisance, d'infériorité et l'expérience de l'échec suite à la maladie. Ce qui rend la situation de la patiente complexe, c'est l'intériorisation des préjugés sociaux, bloquant ainsi l'expression du conflit. L'expression ici défavorisée par les processus de stigmatisation internes propre à R. Chez elle l'expérience de la maladie renferme plusieurs émotions telles que la rage, l'humiliation et le dégoût qui interagissent conjointement en provoquant au passage l'angoisse d'être exclue.

A propos de cette angoisse, Tisseron S. (1992, p 177), dans son ouvrage *La honte psychanalyse d'un lien social*, évoquait un des aspects de la notions de la honte, comme étant une « *émotion brute liée à la confusion et à la perte des repères* ». Celle-ci serait responsable de la rétrécissement ou perturbation des liens entre le sujet et son groupe d'une part. D'autres parts, elle implique dans le fonctionnement psychique de la patiente un risque de désagrégation mentale. Dans le cas patiente, l'angoisse n'émerge pas seulement par la crainte d'être exclue

socialement, mais aussi du fait de son exclusion intervenue dans couvent à cause de sa maladie. Le renvoie de la patiente du couvent entraîne non seulement un état d'embrouillement et de désordre émotionnel mais aussi une perte de repère quant à ce qui concerne la construction identitaire. L'incompréhension se situe dans le fait que le couvent représente l'institution à l'image des fondements religieux, garantissant le vivre ensemble, la fraternité, l'égalité et l'amour du prochain. L'institution religieuse (couvent) malgré les frustrations et les déceptions que vivait la patiente, jouait un rôle d'étayage et contenant psychique. Être renvoyée à cause de sa santé mentale, est vécu comme un rejet qui va au-delà d'une sanction. La communauté religieuse à travers le couvent représentait une famille choisie par elle et sa famille pour des raisons que nous avons déjà évoquées un peu plus haut. Elle jouait de ce fait le rôle d'enveloppe protectrice de son identité personnelle et familiale. Le couvent représentait une figure d'attachement identitaire, de protection et d'intermédiaire dans la construction et d'investissement des liens sociaux.

Il transparait clairement dans les attitudes et discours de notre patiente les éléments comme la rage, le mépris, qui peuvent jouer le rôle défensif contre l'angoisse de honte. Il est très complexe de faire la part des choses à propos de la honte exprimée par notre patiente. Elle semble tout d'abord induite par la manifestation symptomatologique de la maladie, avant de s'étendre sur son renvoie du couvent. Tout compte fait, la honte semble être au centre des autres émotions éprouvées par la patiente. A ce propos, Delisle (2011) lors d'un séminaire portant sur *le narcissisme et l'estime de soi*, évoquait la honte comme étant au centre des émotions malsaines. Et selon lui, la rage serait une colère dysrégulée servant de défense contre la honte, le mépris traduit l'identification projective qui sert à induire la honte dans l'objet et enfin l'envie comme fantasme défensif.

La honte et la culpabilité comme affects inhibiteurs

A la première rencontre avec la patiente, nous sommes d'emblée frappés par l'expression de son visage, qui dégage un aspect douloureux. Elle montre d'une part l'expression très intense de sa souffrance qui apparaît à la fois contenue et la fois débordée. Elle est assaillie par les sentiments de honte et de culpabilité qui bloquent chez elle toute prise d'initiative.

Nous souhaitons revenir sur les sentiments de honte et de culpabilité. Classiquement ces deux sentiments sont différenciés selon leurs rapports avec les instances psychiques. Le sentiment de culpabilité traduit une tension entre le Moi et le Surmoi à partir de la transgression effective ou fantasmée d'un interdit (Ciccone A. & Ferrant A. 2010). Pour Freud, la culpabilité est un

sentiment conscient ou inconscient d'indignité, qui serait la forme sous laquelle le Moi perçoit la critique du Surmoi. La conscience morale semble régner en maître incontestable. Les barrières construites par les normes morales sont infranchissables. La culpabilité traduit les résidus du conflit entre l'émergence des pulsions du ça et la conscience morale ou encore le surmoi. Dans le cas de notre patiente, il s'agit bien du conflit entre le moi et sa conscience morale. Ce sentiment a émergé à la suite de son renvoi du couvent. Son comportement pendant la phase de décompensation, notamment les chants et danses à caractère sexuel, les insultes à l'égard de la supérieure et des autres consœurs. Elle se sent coupable d'avoir divulgué et exposé le fonctionnement dans le couvent.

La honte quant à elle signale plutôt une tension entre le Moi et l'idéal du Moi, elle traduit l'échec du moi au regard de son projet narcissique⁴⁶. Le Moi, instance défensive et protectrice de l'appareil psychique se perçoit comme indigne. La maladie avait fait resurgir ce qui était resté jusqu'alors caché. Pour les mêmes auteurs la honte répondrait aux prescriptions de l'idéal du Moi. Tout ce qui était enfoui dans l'inconscient émerge à la surface. Cela a échappé au contrôle. Nous ne cherchons pas à démonter le rapport entre la honte et la culpabilité.

Les sentiments de honte et de culpabilité sont très prégnants à cause des constructions sociales et des croyances qui sont faites autour de la maladie mentale. Ceux-ci constituent l'un des obstacles majeurs à la reconstruction des liens psychiques. Ces deux affects s'interposent dans le lien d'intersubjectivité. Tisseron S. (1992) réfère plutôt la honte à la perte des capacités autocontenantes. Ce qui semble conduire une sorte de désorganisation, se traduisant par la méfiance ou rupture des liens. D'ailleurs A. Ciccone & A. Ferrant pensent que « *la honte, par ailleurs, est la souffrance de et dans l'intersubjectivité* ».

Le poids des croyances influence beaucoup sa culture scientifique, ce qui se traduit par une position plus ou moins floue vis-à-vis des pathologies psychiques. Être patient d'un trouble psychique est selon elle « *une faiblesse d'une grande ampleur, cela témoigne de ma grande vulnérabilité. Cela fait de moi une incapable* ». On pourra d'ailleurs penser au choc des croyances. Il y a un chevauchement des croyances de différents horizons parfois complémentaires et parfois contradictoires. Elle a été baptisée par ses parents à la naissance, suite à leur reconversion. Or avant qu'intervienne celle-ci, ils pratiquaient le culte « *Vodou* », religion traditionnelle et ancestrale. La reconversion est avant tout une **fuite** de la sorcellerie. Donc ce qui montre que le choix des parents est motivé par l'absence de contenant psychique.

⁴⁶ Ciccone, A. & Ferrant, A. (2010). Indices de honte et dispositif psychothérapeutique. *Dialogue*, 190(4), 41-53.
doi:10.3917/dia.190.0041.

Or sans celui-ci, il y a une sorte de prégnance du sentiment d'insécurité. Cela était sous-tendu par de multiples deuils dans les deux familles et accentué par de multiples fausses couches dans le couple. Deuils et fausses couches sont amputés à la sorcellerie. Malgré la pratique de nombreux rituels et de sacrifices d'animaux pour contrecarrer l'action maléfique et libérer la famille de cette emprise, ils n'obtinrent aucun changement. Face à la récurrence du sentiment d'insécurité, suite aux échecs des démarches entreprises, ils s'orientèrent peu à peu vers l'église. Selon les propos de la mère, « *c'était le seul endroit où on pouvait se sentir protéger des mauvais esprits. J'étais la première à m'être reconvertie. Mon mari avait encore des doutes. Il finit par se reconverter quand j'étais à mon cinquième mois de grossesse. Après la naissance de notre aîné, nous étions rassurés, c'était la confirmation que seul Dieu peut et pourra nous protéger. On décida de faire baptiser tous nos enfants, avec l'espoir qu'un sera appelé dans les ordres, avoir la vocation. Voilà notre histoire avec la reconversion. Je reste convaincu que sans celle-ci, je ne pourrais plus concevoir. C'est un miracle. Malgré toutes nos souffrances anciennes comme actuelles je suis persuadée que sans Dieu ce serait pire* ». D'après l'explication, l'échec proviendrait, des manquements ici et là. Elle admet que malgré la reconversion, elle et son mari étaient restés attachés à la tradition. A la question pourquoi ? elle dira, « *vous savez, nos croyances ancestrales restent coller à nos fesses toute la vie, voire même après notre mort. Ça nous protège aussi même si nous pensons par moment être abandonnés par nos ancêtres de subir, édjoona.... Quoi qu'on fasse, les mauvais esprits sont là partout. La famille a trop souffert, et d'ailleurs continue de souffrir. C'est peut-être la croix à porter* ». En parlant de « *croix* », fait référence au passage biblique, « *que celui qui veut me suivre, prenne sa croix et me suive* ». Le récit de la mère montre une tendance ambivalence, et le chevauchement des croyances. On pourrait croire que la reconversion, efface ou met fin aux anciennes croyances, mais non. Les deux cohabitent l'une à côté de l'autre, et parfois se font la guerre, provoquant une angoisse de représailles à cause du non renoncement. Or les sentiments de honte et de culpabilité semblent être responsables de l'apparition de cette angoisse. Le sujet est protégé de l'angoisse de mort par celle de honte. Il multiplie les croyances dans le but d'atténuer l'angoisse de mort, qui paraît être le pire. Les deux affects peuvent causer de problème de et dans l'intersubjectivité. Dans le cas de notre patiente, ces deux affects ont traduit l'inhibition dans les psychiques et psychosocial.

Les sentiments de honte et de culpabilité n'ont pas seulement émergé après la survenue de sa maladie, mais existaient depuis le déclenchement de celle du père en 1997. Dans sa culture d'origine, le patient partage les mêmes attributs avec sa famille. La maladie ne concerne pas

qu'uniquement le patient mais toute sa famille, voire tout son clan en termes de responsabilité. Les premiers sentiments de honte et de culpabilité remontent depuis l'échec des parents face à la peur ayant entraîné leur reconversion. Le changement de la religion traduit une sorte de dénigrement, une humiliation par les sorciers. La reconversion n'est pas seulement une question de recherche de protection et de contenant psychique du présent, mais il est question avant tout d'un renoncement de la vie d'avant. Or celle-ci est en grande partie constituée de la mémoire du passé, contenant pas seulement la partie de la vie que le sujet voudrait éviter, mais aussi des choses qui rendent le sujet ce qu'il est aujourd'hui. Ce qui s'avère complexe. R. malgré qu'elle soit baptisée à la naissance, elle a été éduquée quand bien même dans la tradition chrétienne catholique, elle a reçu en parallèle l'éducation dans la tradition ancestrale. Ce qui d'ailleurs fait qu'elle a incorporé les deux systèmes de croyances qui malheureusement s'affrontent. Dans le registre de l'éducation, il n'y a pas seulement eu transmission des croyances et des systèmes de valeurs des deux bords, mais il y a eu contamination, des peurs, honte et culpabilité sociale.

Tout comme les sentiments de honte et de culpabilité, la maladie de la patiente est rattachée à celle de son père. Il s'agit donc d'une transmission ou de la contamination dans la lignée familiale, c'est-à-dire des ascendants aux descendants. Dans plusieurs cultures du Togo en général et en particulier chez les éwés, ethnie d'appartenance de notre patiente, la maladie n'est pas seulement imputée à des représentations étiologiques comme résultant d'une transgression des normes d'appartenance ou dû à la sorcellerie, l'envoutement. Mais si l'un des ascendants souffrait ou souffre de la même pathologie, on parlera plutôt d'héritage familial par le biais de la transmission, ou de la contamination de celle-ci. C'est d'ailleurs le cas de notre patient qui nous disait « *je sais que ma maladie c'est une malédiction familiale, dans mon cas je pense que c'est mon père qui me l'a transmis* ». Et plus loin elle nous dira ne pas souhaiter se marier, car craint la contaminer à ses enfants. Elle montre que la cause de sa maladie reste dépendante de celle de son père.

Dans son histoire, surtout à propos des choix de vie, nous percevons celui téléguidé par ses parents. Ces derniers ont influencé pas seulement ses choix de vie mais aussi ses ressentis. Son entrée au couvent (sœur religieuse) précédé du choix de la formation professionnelle (infirmière d'état) est parmi les nombreux choix guidé par ses parents. Pour elle, ils font tout pour son bien. Et d'ajouter à propos de son père et sa mère : « *ils sont trop gentils envers moi, ils m'aiment plus que les autres, je ne voulais pas non plus les décevoir ou les affliger la peine* ». En guise de reconnaissance, la patiente se soumettait sans contradiction à ses parents. A ce

propos, nous ici dans un cas de figure d'emprise parentale, voilée sous de bonne intention. Elle est choisie depuis son enfance pour devenir celle qui devait faire la fierté de la famille. Elle est perçue assurer ou être en quelque sorte l'intermédiaire entre Dieu et sa famille. Cela apparaît comme le bouc émissaire qui se sacrifie pour permettre à la famille d'aller bien. Elle est l'objet d'échange, d'ancrage dans la spiritualité et d'épanouissement social. Sa naissance paraît être la réalisation même de la promesse entre ses parents et Dieu. C'est ce qui explique qu'elle soit éduquée pour devenir une bonne sœur. Elle est l'objet de satisfaction des parents dans leur vie spirituelle et sociale.

La vie de A.R. se résume donc à l'obéissance et à la soumission. Elle parle de ces concepts comme des vertus cardinales de sa foi en Dieu. Elle implique qu'elle renonce aux désirs et passions charnelle. Elle doit plutôt à Dieu et non aux hommes. « *C'est un péché de se mettre en colère, et même de manquer du respect à mes parents, ça fait partie des dix commandements pour une bonne chrétienne catholique* ». Elle fait référence au quatrième commandement de Dieu : « *Honore ton père et ta mère afin d'avoir une vie longue sur la terre que le seigneur ton Dieu te donne* » (Exode 20 :12). Elle prend ainsi l'exemple sur le Christ qui était soumis à ses parents. Pour elle il y a une raison pour que Dieu le fasse ainsi. « *Dieu a voulu qu'après lui, nous honorions et respections nos parents à qui nous devons la vie et qui nous ont transmis la connaissance de Dieu. Ils ne sont pas que nos parents, mais sont revêtus de l'autorité de notre créateur, Dieu* ». Cela semble traduire chez la patiente les processus de rationalisation et d'intellectualisation face aux frustrations. La figure d'attachement est Dieu à travers les parents. Il y a une sorte d'ambivalence, d'un côté une figure divine, protectrice mais de l'autre côté, cette figure réduit le sujet à la soumission et à l'obéissance. Nous sommes dans un type d'attachement insécurité ambivalent –anxieux. Car même si les interactions semblent se faire sans heurts il n'existe pas non plus véritablement un partage affectif. Il y a plus de conditionnement dans les relations de la patiente avec son entourage familial. Ce qui traduit que la patiente subissait beaucoup, impliquant ainsi une sorte de cumul de frustrations et de conflits intrapsychique. Elle fonctionnait comme une bombe à retardement. Elle nous dira qu'en réalité, elle n'existait pas, qu'elle se sent utilisée de tous.

A la question si elle en veut à ses parents ? Sans hésiter elle dit : « *oui et non* ». Son positionnement traduit l'ambivalence. Il s'agit d'un côté une réponse en tant que chrétienne, avec des vertus, et par là, difficile d'en vouloir à ses parents. Mais de l'autre côté oui, elle paraît prendre du recul vis à vis de ce qu'elle a reçu comme éducation.

Les affects de honte et de culpabilité ont leur origine dans l'enfance. Ses parents étant des enseignants et de surcroît des chrétiens à la suite de leur reconversion étaient autoritaires même si cela semble se dissimuler derrière les bonnes intentions. Les blessures narcissiques remontent depuis l'enfance comme en témoigne ce passage à propos de son enfance : « *Depuis mon enfance, j'ai toujours été l'étrangère, on me traitait différemment. Je pensais que mes parents m'aimaient pour de vrai, ils m'utilisaient pour des raisons que sont les leur, et surtout pour conjurer leur sors et laver leur conscience. J'étais rejetée par mes frères et sœur sauf la défunte. Avec mes parents, à chaque petite erreur ils me faisaient me sentir coupable. Je pouvais passer de plus intelligente à la bonne à rien devant ma mère. Humm, en remémorant certaines brèches de mon passé, ça ne me fait beaucoup la peine, ce n'était rien que l'humiliation. Je me sens d'ailleurs toujours blessée. Vous savez, le pire c'est quand j'ai été virée du couvent, ma mère m'en voulait. Je ne sers plus à rien selon ses propos* ».

Le sentiment d'humiliation décrit par la patiente traduit l'affect de honte. On note également des événements qui révèlent la problématique du trauma dans son enfance, notamment les insultes et humiliations de la part de la mère. Selon la patiente, la mère exerçait une sorte de pression. Il y a des moments où elle vivait en retranchement, ne répondait plus aux sollicitations, et cela créait une distance qu'elle qualifie « *d'insupportable* ». Le plus dur reste « *l'extrême froideur de ma mère envers moi dans l'enfance autour de 6-7 ans, lorsque je faisais une bêtise. Ou à 16 ans lorsque je trainais avec des garçons de mon école. J'ai toujours ressenti la honte ou la culpabilité de l'avoir mise dans un tel état* ». Silence et puis « *...humm, ça fait mal, très mal de se sentir coupable, parce je voulais être moi, et faire ce qui me plaît réellement* ». Il s'agit là, de l'angoisse de culpabilité et de honte face aux comportements de la mère. Elle subit la pression de l'environnement familial et culturel appuyée ici par les réactions moralisatrices de la mère. Cet excès a contribué à rendre son surmoi sévère et austère. La patiente étant une fille, son éducation a été influencée par la problématique du genre (différence entre les filles et les garçons). Son surmoi par cette implication culturelle a été construit par imitation du surmoi parental, c'est-à-dire celui de la mère, personne culturellement indiquée comme modèle. Or d'après son vécu de sa relation avec sa mère, cette dernière était rattachée à son rôle d'éducatrice, donc porteuse de valeurs morales et religieuses. Le sentiment de culpabilité expérimenté depuis son enfance, se révèle être une forme d'angoisse qui bloque la patiente dans son corps. Elle est dans un tournant d'engloutissement des affects car interdit par sa conscience morale. Au cours du dernier entretien, retraçant sa vie, elle nous montra un collier portant une insigne religieuse crucifix avec le pendentif « *Notre Dame Sainte Vierge* ».

Elle affirme que sa mère l'avait fait pour elle, et qu'avant chaque acte, cela devait lui permettre de se rappeler si ses actes correspondent à leurs convictions religieuses et culturelles. Et selon sa mère à chaque fois qu'elle transgressera une règle elle sera punie. Et depuis que sa mère le lui a fait porter (autour de 6 ans), elle se sent surveillée. Elle se rappelle qu'un soir au retour de l'école, sa mère l'avait surprise en train de mettre les doigts dans son sexe. Après l'avoir sévèrement réprimandée, et infligée des sévices corporels, elle lui avait demandé de s'agenouiller devant le crucifix se trouvant dans le coin de leur salon, « *je devais réciter des Ave maria* ». A la fin de l'entretien, elle nous demande comment s'en débarrasser pour se défaire du pouvoir de ce collier. Elle pense que celui-ci l'a rendu prisonnière.

Elle nous révèle avoir été abusé sexuellement par le mari de sa sœur aînée. En effet après l'obtention du Bac II, pour la formation à l'école des infirmiers, elle avait rejoint sa sœur à la capitale, où elle vivait avec son mari. Alors que sa sœur était enceinte de leur deuxième enfant, son mari venait à l'improviste dans sa chambre. Face à l'insistance et surtout devant les menaces de ce dernier, elle quitta leur résidence pour aller habiter chez une de ses copines d'école. Malheureusement sa mère ne l'a pas cru quand elle lui mit au courant de la raison pour laquelle elle a dû quitter précipitamment. Elle fut au contraire calomniée. Sa sœur l'en veut jusqu'à présent d'avoir révélé le secret à leur mère. Une fois encore la patiente montre que quoi qu'elle fasse, ça reste toujours sa faute.

Plus tard son entrée au couvent et le rapport relationnel a été vécu comme un trauma. Le couvent était idéalisé comme endroit paisible et sécurisant, malheureusement c'était plutôt un fantasme généré par la robe blanche, et la démarche angélique des bonnes sœurs. L'image que celles-ci reflètent de l'extérieur est fausse. Et enfin dernier évènement, son renvoi du couvent à cause de la survenue de sa maladie. Voilà tous les cumuls d'évènements qui empêchent la patiente à émerger et à pouvoir reconstruire sa subjectivité. Les pulsions sont bloquées par le corps. Elle se sert de celui-ci pour se protéger de l'intrusion d'autrui. Le rapport avec autrui est générateur d'affects négatif et difficiles à supporter.

Sa vie sexuelle avant son entrée au couvent était quasi inexistante. Car devait être irréprochable avant d'entrée au couvent. Après son engagement à la vie consacrée, et surtout au lendemain de vœux de « *profession de foi* ». Désormais son époux est le christ. Mais après son renvoi du couvent, elle exprime avoir du mal à envisager une relation sexuelle même si elle ressent l'envie. Elle dira à ce propos : « *malgré mes efforts pour ne pas penser au sexe, je ne pus m'empêcher de le ressentir. Je chasse ses idées de mon esprit* ». Cela traduit la répression des pulsions sexuelles. Celle-ci heurte la sensibilité morale. Il s'agit bien là de l'angoisse qui paraît

être celle de castration. Pour elle, avoir un rapport sexuel revient à aller se confesser. Cela génère une gêne, une honte, de le confesser devant un représentant du Christ, à qui elle avait fait le vœu de chasteté en toute circonstance. Elle fait une anticipation de l'évitement du déplaisir, c'est ce qui explique l'inhibition des pulsions sexuelles. Le déplaisir serait insupportable, car source génératrice des affects de honte et de culpabilité.

4.4. Entourage

La souffrance de la patiente est perçue comme une symptomatologie familiale. En dehors du père et du frère de la patiente, la grand-mère paternelle aurait souffert aussi de la même pathologie. Il s'avère que la pathologie familiale.

Les symptômes de la patiente ne peuvent se débusquer et compris que grâce à la recherche des antécédents familiaux. Dans le système des croyances et des fonctionnements, les espoirs familiaux semblaient se construire autour de la personne de la patiente, des contenants psychiques pour atténuer l'angoisse de honte et de malédiction. Il apparaît une double perception de la souffrance de la patiente.

La première semble être attribuée plutôt à une transmission transgénérationnelle. Il s'agit de la souffrance inscrit dans l'ordre familial. Le père était très proche de sa mère, de même que le frère et la patiente très proche de leur père. Être proche ou avoir une complicité avec la personne malade est perçue comme signe d'attraction des gènes porteurs de symptômes.

La deuxième perception reste inscrite à l'ordre des références symbolique fantasmatique. De ce fait, la maladie est perçue avoir ses sources dans la transgression. Il s'agit plutôt d'une rupture entre les ancêtres et la famille. Les personnes porteuses de symptômes sont choisies par l'être suprême parce qu'elles représentent beaucoup pour la famille. Ce sont les personnes les plus aimées qui en souffrent. Cela dans le but d'attirer l'attention pour que les rituels de réconciliation soient effectués.

4.5. Transfert et contre transfert

Malgré l'explication et les nuances apportées dès le premier échange, la patiente a immédiatement surinvesti la relation. Nous étions son thérapeute, son confident, son frère voire son père. Tout d'abord la patiente nous substitue à son « *grand frère* ». Au fil des trois premiers entretiens, nous sommes captivés par son histoire, son vécu. Nos sentiments oscillent envers elle, entre ceux du chercheur et ceux du praticien. Nous nous sentons impuissant entre ses sollicitations et sa demande latente à l'aider. Elle semble provoquer en nous l'envie de

l'aider. De son côté chaque fin d'entretien s'avère difficile. Elle faisait tout pour relancer les discussions afin de prolonger l'entretien. Chaque fin d'entretien paraissant frustrant donc difficile à clôturer.

Mais face à l'émergence des éléments transférentiels, pour anticiper et préparer la finition de nos entretiens cliniques de recherche, nous impliquons dans la relation un second psychologue.

Mon collègue et moi lui proposons de formuler trois vœux :

Le premier est : je souhaite bien me sentir malgré ma maladie, ne plus ressentir ces sentiments de honte et de culpabilité qui me réduisent à l'isolement.

Le deuxième, j'ai souvent peur des regards des autres, même si celui-ci n'a pas changé depuis que je suis devenue malade. J'ai l'impression que les gens me jugent. J'anticipe tout. Je souhaite avoir plus confiance en moi.

Le dernier, apprendre à gérer mes émotions, je sens que j'ai trop plein de colère, surtout envers ma mère. Je souhaite tout évacuer et apprendre à pardonner et vivre ma vie comme je le souhaite. Apprendre à m'affirmer. Voilà mes vœux.

Avant de passer à la conclusion nous lui demandons comment elle perçoit les soignants.

4.6. Perception des soignants

Que pensez-vous des soignants ? « *Oui, certains prennent le temps de nous expliquer, tandis que d'autres non. Je suis aussi soignante, mais en psychiatrie je ne sais pas ce qui se passe, ils peuvent être brutal et insensible à mes détresses. Ils ne me faisaient pas confiances. Et ils ne m'écoutaient pas lorsque je parle de la foi, de l'église. Pour eux, il faut toujours prendre le médicament c'est tout. Si eux qui comprennent mieux et pourrait mieux nous expliquer la maladie nous traitent comme ils le font, sans respect, avec discrimination, comme si nous étions des condamnés alors qu'en sera-t-il des non-soignants. Ils sont en perte de la spiritualité. En exemple lorsque je disais à un confrère infirmier que c'était une malédiction, il m'a répondu sèchement « **non c'est plutôt une maladie mentale, vous êtes bipolaire** ». Ils fonctionnent à l'occidental, sans prendre vraiment en contact nos valeurs locales, sociales et culturelles. Ils ont du mal à comprendre nos croyances, on dirait qu'ils ne sont pas d'ici. J'étais profondément blessée par certaines attitudes discriminatoires, d'hypocrisie, malveillante. Il y a plus de stigmatisation à l'hôpital. Ils banalisent nos discours, car pour eux **non-sens, et irrationnel**. Mais je pense que c'est une erreur de leur part. Chacun vient quand*

*même de quelque part, et il doit y avoir une cohérence. Ils qualifient nos propos de « **propos incohérents**, ça fait mal ce qu'ils disent et pensent de nous (ils nous prennent comme des débiles). Je pense qu'ils ont envie de nous faire abandonner nos croyances, une sorte de lavage de cerveau. Mais il est à noter que certains sont bienveillants, attentionnés, avec une ouverture d'esprit et sont prêts à nous écouter jusqu'au bout ».*

Conclusion

Ce cas clinique révèle l'influence des transmissions des sentiments de honte et de culpabilité, l'influence de la croyance dans le système des soins.

Elle utilise son corps comme frontière pour séparer le dedans et le dehors. Les préjugés sociaux chez elle semblent intériorisés. Le vécu des médicaments reste quant à lui négatif à cause des effets secondaires, les rituels inhérent à la prise de ceux-ci. Les sentiments de honte et de culpabilité ont touché ses objets narcissiste. Ce qui a entraîné la rupture des liens entre le dedans et le dehors. Ces deux affects ont été réactivés par les facteurs de la maladie, qui à leur tour ont fait émerger la remémoration des souvenirs précoces. Ces derniers portent non seulement la mémoire du trauma, mais aussi l'histoire de sa famille. La survenue de la maladie traduit le débordement du Moi face au jaillissement des poussées émotionnelles et pulsionnelles.

La patiente souffre des difficultés qu'elle éprouve à exprimer sa propre identité. Parmi celles-ci, figure les affects de honte et de culpabilité, qui à leur tour ont des sources dans son passé, et histoire familiale. La désorganisation engendrée par ces affects a rendu la patiente inaccessible aux systèmes d'interaction intra et inter psychique.

L'hypothèse selon laquelle le sentiment de honte et de culpabilité empêche à la reconstruction des liens sociaux semble confirmée

Cas : W.

1- Approche sémiologique

1.1.Biographie

Né à Lomé et âgé de 21 ans à la date du dernier entretien (2018), il pratique la religion chrétienne catholique depuis sa naissance, c'est un héritage familial. Il est étudiant à l'Ecole d'ingénieur en Informatique et Technologie numérique. Dernier d'une fratrie consanguine de trois enfants (une fille et deux garçons). Il est issu du deuxième mariage de son père. Le Père est un entrepreneur âgé de 51 ans. La Mère âgée de 50 ans est commerçante. Les deux parents sont vivants et bien portants.

Il est issu de l'ethnie mina. Au Togo, chaque individu est directement lié à son groupe social ethnique, et son évolution est inséparable du statut. Les mina pratique le culte vodou

Selon la mère, après leur mariage, les deux désiraient « **profondément** » avoir un enfant. Pendant sa grossesse, elle était très heureuse, car son mari était très attentif et « *toujours à ses petits soins* ». Elle avait aussi bénéficié du soutien de son entourage particulièrement celui de sa mère. Le désir de devenir parent était recherché, et surtout survalorisé chez la mère. « *J'ai été comblée d'être enceinte, et quand mon gynéco m'avait dit que c'était un garçon, c'était une bénédiction* ». Le sexe masculin est survalorisé chez la mère. Les explications se trouvent dans les perceptions socioculturelles, (double désir, le premier marqué par le désir d'enfant, qui donne un statut social valorisant, celui de devenir mère, vue l'attachement de cette mère à la religion, l'enfant non seulement est une bénédiction selon ses croyances, mais aussi témoigne de sa fertilité, garçon assurera sa progéniture, héritier de la famille.

Elle était toujours accompagnée de son mari lors des consultations prénatales et lors des examens d'échographies. L'accouchement se serait bien déroulé, et par voix basse après 36 semaines de grossesse. Concernant son développement, l'acquisition de la marche s'est faite à onze mois et le langage autour de dix-huit mois. Son développement psychomoteur s'est fait sans incidences, nous pouvons même dire que l'acquisition de la marche a été précoce.

Sur le plan scolaire, il se montrait très curieux et s'intéressait beaucoup à l'électronique. Il a eu un bon parcours scolaire depuis l'élémentaire jusqu'en terminale. Malgré la perturbation induit la survenue de maladie à quelque jours de l'examen, il réussit à obtenir son BACI, probatoire. Il est passionné par les mathématiques et les sciences physiques. Il écrit des poèmes.

Ses parents lui décrivent comme quelqu'un de sage, de curieux, de méticuleux, et plein de confiance. Il fait la fierté de sa famille. C'est un enfant très brillant à l'école bien qu'il puisse manquer quelques fois des cours à cause de problèmes de sommeil entraînant des sauts d'humeur et l'irritabilité.

1.2. Motif des hospitalisations

Il a été hospitalisé deux fois au CPPM pour les mêmes symptômes, notamment agitation psychomotrice, agressivité verbale et physique sur la personne de la mère, propos incohérents (« *ils veulent me tuer* »), il prononçait toujours cette phrase, « *laisser moi tranquille* », « *azeto* » (sorcier), « *la boîte de chocolat se vide* » « *oh Yehova* », « *Dieu, où es-tu, au secours* », logorrhée, irritabilité++++, sur un fond d'insomnie survenue quelques jours au paravent.

Choisi pour faire partie de l'étude sur la base des informations données par son père au médecin psychiatre, pour qui « *il s'est retiré de la société* ».

1.3. Antécédents personnels et familiaux

Sur le plan personnel, pas de notion d'intervention chirurgicale, ni pathologie médicale sévère ou chronique diagnostiquée et ayant nécessité une prise en charge spécifique à ce jour. Son père signale quelques épisodes de paludisme passagers sans incidence sur la santé de son fils. La mère souligne l'avoir fait vacciner selon les recommandations en vigueur du pays.

Sur le plan familial, le père, la mère et les autres membres de la fratrie n'ont eu aucun antécédent psychologique, psychiatrique, médical et chirurgical. Côté paternel, la grand-mère souffrait de troubles dépressif, son cousin a été suivi pour comportement d'agression et de violence à l'école. Côté maternel, rien à signaler.

1.4. Anamnèse/ Histoire de la maladie

Il s'agit du premier épisode du genre d'installation insidieuse. En effet le trouble aurait commencé par la survenue d'insomnie, suivi de la labilité d'humeur, hyperactivité et de notion d'irritabilité. Selon le patient, il devenait de plus en plus incontrôlable : « *je pétais les plombs, j'étais irritable sans raison valable. J'agressais les gens verbalement, et parfois quelques observations inappropriées. En exemple j'ai dit à mon voisin qu'il avait un gros sexe... Je sentais que je basculais peu à peu dans la nervosité. Je ressentais une pression à l'intérieure qui faisait monter de la rage en moi* ». Il ne supportait plus les contradictions. Il faisait des blagues déplacées pas rigolotes et si personne ne rit, il s'énerve. Il tenait des

propos ou mots trop crus et inadaptés (disait « *evau* » ou « *koto* » traduisant littéralement pénis et vagin. Agressivité verbale à l'égard du professeur de maths et ses camarades d'école (proliférant des insultes). Il devenait de plus en plus hostile à tout et perturbait les cours. C'est ainsi que les parents furent appelés par le proviseur de son école. Selon les propos de ce dernier et rapportés par le père : « *votre fils est devenu très agressif et insupportable depuis ces deux derniers jours. Mes collègues et moi, pensons qu'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond chez lui. Peut-être qu'il fait le surmenage vu qu'ils sont à un mois d'examen ou peut-être c'est spirituel, gbogbo do djimé nanyi* » (un esprit le manipule). Une fois à la maison, l'agressivité était dirigée cette fois-ci sur la personne de la mère. Il s'agit de l'agressivité verbale et physique. Les parents sont convaincus que leur fils était victime de l'envoutement. Il s'agit bien d'un esprit maléfique qui s'est accaparé de l'esprit de leur fils. Le patient sera alors conduit dans un premier temps à l'église pour des prières de délivrance. Après celles-ci, le prêtre en charge de la paroisse, leur recommanda une consultation médicale. Ils consultèrent le lendemain dans une clinique de la place spécialisée dans la prise en charge des pathologies neurologiques. La plupart des examens et bilans s'avèrent normaux. Mis sous traitement à base d'anxiolytique, le patient sembla retrouver son calme et ses habitudes. Mais une semaine plus tard, il fut de nouveau conduit en urgence dans la clinique pour les mêmes symptômes mais cette fois-ci plus amplifiés et s'accompagnant d'autres comme l'agitation, propos incohérent. Face à la sévérité, à la complication des symptômes, et surtout à l'impossibilité de communiquer avec le patient, un proche d'un ancien patient leur recommanda la clinique de psychiatrie et de psychologie médicale du CHU-Campus.

Mais avant la survenue de l'insomnie et d'autres symptômes, le patient dit être très stressé par l'approche des examens. Il y avait aussi d'autres événements, notamment son père avait été humilié publiquement au grand marché devant lui par son oncle (frère à son père). Et pour finir, les problèmes liés à la faillite. Le commerce de sa mère ne marche plus, le père aurait perdu son capital financier.

En résumé l'itinéraire thérapeutique :

Eglise  Clinique Biassa  CPPM (Chu campus)

1.5. Nature de l'épisode

Il s'agit d'un patient hospitalisé deux fois sur une période de quatre ans. La première hospitalisation intervient alors qu'il avait 17 ans. La deuxième lorsqu'il avait 21 ans. Manifestement les deux épisodes sont similaires dans l'expression de la symptomatologie. Sur

le plan somatique, le patient présentait des signes comme l'insomnie, l'hyperactivité, perte de poids, exhibition du corps (montrait ses abdos), incapacité à tenir sur place. Sur le plan cognitif, logorrhée, idées de grandeur, altération des capacités de jugement, récitait ses cours, propos incohérents, disait être le plus intelligent, plus fort en math, physique et très beau. Ailleurs on relève l'expansivité de l'humeur, euphorie, accès de grosse pique de colère et comportement d'agressivité.

Sur le plan psychiatrique, les manifestations symptomatologiques étaient au **niveau de l'agir** à cause des passages à l'acte agressifs. Le patient répondrait donc aux conflits intrapsychiques induits par le stress par le passage à l'acte, dominé par l'hétéro-agressivité. Celle-ci est orientée lors des deux épisodes sur des personnes connues et très fréquentée par le patient (prof de maths, surveillant et la mère)

2. Hypothèse diagnostique

La présence du délire, des idées de grandeur, d'agressivité, de fuite d'idées, hyperactivité avait conduit à retenir le diagnostic du **syndrome maniaque**. Il fut mis sous traitement à base de neuroleptiques. Le deuxième épisode, survenu quatre ans après le premier, semble lié d'une part au cumul de stress des examens, et à l'inobservance thérapeutique. il réagirait très bien au traitement d'après son dossier,. On peut dire que les deux épisodes ont des points communs, le contexte d'examens et le stress que cela génère.

Devant cette symptomatologie, une hypothèse de psychose maniaque fut retenue. Lors de la première hospitalisation, l'équipe médicale soupçonnait un syndrome de complication à la consommation des substances psychoactive (la drogue). Mais après réalisation des tests aux stupéfiants, cette hypothèse fut abandonnée au profil de psychose.

L'hypothèse d'un syndrome infectieux fut rapidement abandonnée après examens et bilans sanguins.

3. Hypothèses de recherche

H1 : Les facteurs psychosociaux (croyances et interprétations) de la maladie semblent expliquer l'angoisse source d'empêchement du patient dans sa construction subjective et intersubjective.

H2 : Le vécu du traitement (effets secondaires) semble expliquer le blocage du patient dans sa construction subjective et intersubjective.

4. Approche des processus psychiques

4.1. Dynamique d'interaction

Ce paragraphe est consacré à la description des différentes réactions du patient lors des rencontres de recherche clinique. Préalablement au lieu de quatre entretiens comme tous les autres, le patient a sollicité un cinquième entretien suite au décès de son père.

En rappel, W. est suivi depuis six mois par un psychologue du CPPM. Le patient nous téléphone à 23h27 pour demander un RDV en urgence. Après nous avoir annoncé le décès de son père, il voudrait un rendez-vous avec nous, malgré qu'il eût le numéro de son psy. Malgré notre insistance pour qu'il contacte plutôt notre collègue, il refusa en prétextant que ce dernier l'aurait dit qu'il serait absent. L'entretien durera trente minutes. Mais il présente un tableau clinique assez particulier. La veille au téléphone, sa voix manifestement dénotait un homme bouleversé, agressif, en colère contre tous, y compris contre son défunt père. Mais durant l'entretien contrairement au coup de fil, il reste calme. Il montre un détachement émotionnel. Quant à la communication non verbale, l'expression du visage paraît inerte, avec une abolition des mimiques, regard apathique.

Cependant les quatre premiers entretiens étaient marqués par l'hypermimie, hyper gestuelle et parfois des mouvements mal maîtrisés qui exprimaient son mal-être et sa rage vis-à-vis de sa maladie. Surtout lorsque nous abordons les thèmes en rapport avec la mère ou les filles, il restait très évasif, mais agressif. Si sur le plan psychiatrique et clinique les symptômes manifestes ce sont amendés, ailleurs nous notons de multiples plaintes chez le patient. Cet état de chose traduit le sentiment de mal-être, d'inconfort et surtout d'empêchement dans le travail de reconstruction narcissique. Durant les quatre premiers entretiens, il était toujours accompagné de son père. Au cinquième, il lorgnait par moment en direction de l'endroit où son père avait l'habitude de s'asseoir.

Le patient dit ne plus supporter sa situation, dominée par la routine qui l'anéantit lentement. *« Cette routine m'éteint à petit coup. Vous voyez, je ne vis plus, je suis un condamné de la méchanceté humaine. Je ne puis faire ce que je veux. Quelque chose me manque, et j'ai peur que cela soit à vie. Mon corps est insensible à tout. Il me sert de masque. Je me sens enfermé dans ce corps qui ne m'appartient plus. Je me sens étouffé par ce corps. Car lui-même est étouffé par les médicaments que je prends. Je ne suis plus moi-même. Les médicaments ont pris possession de mon corps et mon esprit. J'ai l'impression que la maladie a induit un bug dans mon cerveau. Ce qui me rend souffrant, c'est... ce sentiment, c'est le fait de penser que*

je ne puis rien. Et ces idées m'obsèdent. J'ai l'impression d'être suspendu à quelque chose. Je perds mon automatisme, mon autonomie. Je dépends désormais de l'hôpital, des soins et surtout des médicaments. Depuis huit ans, j'ai perdu mes repères, mes envies. Tout cela pour une seule raison, la jalousie de mon oncle paternel. Il envie trop mon père. C'est un sorcier. Il a pris en otage mon esprit. Il veut me rendre complètement fou. Ma maladie n'est pas du tout le fruit du hasard, imaginez un peu à chaque dispute avec mon père il y a eu des conséquences irréversibles :

- première dispute —————> *accident de voiture dans lequel il sort la jambe cassée*
- deuxième dispute —————> *faillite*
- Troisième et dernière dispute —————> *Je suis possédé par un esprit qui me rend agressif (j'ai même violenté ma mère) ».*

Le patient croit totalement aux faits et pratiques occultes. Pour lui, son oncle est sorcier, et serait responsable sa maladie. Il n'est pas d'ailleurs le seul à croire au fonctionnement de la sorcellerie, ce sont plutôt des croyances populaires et sociales.

Il a une relation fusionnelle avec son père. Ils se montrent très complices durant nos entretiens. Nous avons pu le voir en invitant la mère au deuxième entretien. Nous observons une distance entre eux. Selon elle « *il parle beaucoup avec son père mais pas moi. Les voisins pensent même que ce n'est pas mon fils, on dirait je suis une étrangère* ». Elle nous dira que sa naissance, c'est le chouchou de son mari. Quand il pleure, c'est d'ailleurs lui qui s'en occupe. Il est très doué avec les enfants. Depuis si petit, lorsqu'il est en détresse c'est le père qui arrive à l'apaiser. Elle ajoutera : « *Je me sentais frustré dans mon rôle de mère, il fallait juste lui donner le sein à téter lorsqu'il faim. Et ce sont les seuls moments que je passe avec mon fils* ».

La mère tout comme le père, se montrent très préoccupés par le changement induit par la maladie de leur fils. Pour eux ce n'est pas une maladie, il s'agit plutôt d'un envoutement dont est victime leur fils. Un « *gbo gbo* » c'est-à-dire un esprit maléfique aurait pris en possession les capacités de contrôle de leur fils. Ce n'est pas une maladie, c'est une souffrance morale, spirituelle, financière et psychique.

Morale en ce sens que l'esprit avait poussé leur fils à gifler sa mère. Cela porte atteinte à l'image de leur fils vis-à-vis de la communauté, c'est un déshonneur à la famille surtout aux parents. Socialement c'est très mal vu de porter la main sur un parent quel qu'en soit la raison. C'est une malédiction, et attirerait les mauvaises langues à l'égard de leur famille.

Moralement leur fils ne mériterait pas sa place dans leur communauté. Gifler sa mère et habiter encore sous le même toit, n'est pas digne. Tout le monde en parle depuis l'incident. Leur fils a du mal à sortir dans le quartier. Ils pensent qu'il évite de ce fait le regard et le jugement de l'extérieur. Il reste toujours dans sa chambre à longueur de journée, et de surcroît dans le noir.

Souffrance spirituelle, car il n'a plus la foi, dans son esprit, c'est l'errance. Il a perdu tout repère spirituel. Les gens croient à la spiritualité, car elle redonne l'espoir là où tout semble impossible. Elle réactive l'individu inactif, elle est la lumière qui éclaire. Malheureusement la souffrance a touché la spiritualité de leur fils. Il y a un désordre qui règne dans son esprit. Bref il n'est plus protégé spirituellement. Il est devenu une âme solitaire.

Enfin la souffrance psychique se traduit chez leur fils par un manque de confiance en lui. Malgré qu'il ne soit pas responsable de tout ce qui s'était passé lors de la survenue de la crise, il est incapable d'affronter le regard de l'extérieur. Il a peur des réactions des autres sans raison.

Le patient nous déclare ignorer qui il est devenu réellement. Selon lui, *« j'ai l'impression d'être devenu quelqu'un d'autre. Je suis toujours dans mon passé avec les personnes que j'ai agressé, surtout ma mère. Je revois toujours cette scène où je me suis vraiment mis en rage contre elle, et sans me retenir j'ai porté la main sur elle. J'ai un profond sentiment d'indignité. Toute ma souffrance se trouve dans mes pensées. Elles m'obsèdent, et me torturent mon esprit. J'oublie beaucoup de choses sauf ce que j'ai fait subir à ma famille. Je pense que le prix à payer c'est les médicaments. Depuis si petit, je n'aimais pas du tout prendre un médicament mais aujourd'hui, sans eux je ne suis rien. Ce que je n'aime pas du tout, je dois le faire pour rester un humain. Sinon je ressemble à une bête féroce. Je ne suis plus moi-même »*. Le récit du patient traduit la dépersonnalisation et des dissociations liées à la temporalité. Il fait aussi une fixation sur les actes accomplis pendant le passage à l'acte. Tout semble suspendu dans la temporalité pour le patient. Les projets de vie semblent eux aussi engloutis dans le tournant de sa souffrance. Il a du mal à se projeter dans le futur, il est rongé par la culpabilité soutenue par l'émergence des flash-backs. Le passage à l'acte rend dans le présent l'agir du patient inhibé et impuissant. Le Moi est bloqué par les images du passé. Le passage à l'acte est une transgression.

Pour mieux appréhender les processus psychiques et intellectuels nous nous sommes appuyés du test de Rorschach. Durant ce dernier le patient se montre un peu méfiant. Pour lui *« les*

tests psychologiques révèlent parfois des trucs qu'on ne veut pas savoir, et là ça fait peur. Ces tests rentrent trop dans l'intimité de la personne ». Il accepte de passer le test à condition de ne rien lui dire après, surtout de garder l'anonymat. « Je sais que c'est pour mon bien mais ça me fait tout de même peur ».

4.1.1. Protocole de Rorschach W.

		REPONSES	ENQUETE	COTATION
I	15'' 1'36	1-On dirait une araignée, 2-Un papillon 3-Cerf-volant	C'est l'ensemble de l'image qui ressemble soit à un papillon, une araignée ou à un cerf-volant.	1 = G F- A 2 = G F+A Ban 3 = G F+Objet
II	2'' 15''	Cette image ressemble à un Volcan en éruption	L'ensemble du dessin, couleur rouge c'est du feu, donc des remontées des laves	1= G kob C- Nature (C=CF)
III	55'' 2'	1-Deux jumeaux qui jouent 2-deux épées trempée de sang 3-deux armes à feu (kalachenikoff)	deux jumeaux à cause des formes identiques avec tête, épaules, jambe et pieds, et en rouge juste dans leur nuque ce sont les armes à feu dangereuse, ou des épées imbibées de sang	1 = G K+ H ban 2 = D FC-Objet (sang) 3 = D F- Objet
IV	1'02 1'49	C'est 1-la Tête de pharaon à partir de là (touche du doigt le haut de l'image), 2-la queue d'un animal vers le bas, 3-une personne avec deux gros pieds, et des bras bizarres	C'est la forme du haut de l'image, tête de pharaon montrant sa puissance Mais queue d'animal vers le bas à cause de sa présentation rectiligne (médiante inférieure) 3. C'est l'ensemble de l'image	1 = D F- Hd 2 = D F- Ad 3 = G F- H (H)
V	7'' 11''	C'est 1.un Papillon 2. oiseau	l'ensemble de l'image est un papillon avec des ailles, antennes	1= G F+ A Ban 2= G F+ A
VI	33'' 47''	Image sombre, c'est peut-être 1. Monstre, 2. Fantôme 3. peau d'animal écartée	1&2.l'ensemble du dessin en noir, obscure, tête, pieds et autres parties très effrayant. 1. Forme sombre peau d'animal écartée	1=G F clob- (H) 2= G F clob-(H) 3= G F+ A peau ban
VII	10'' 19''	Toute l'image forme un ensemble de nuages dans le ciel	l'ensemble du dessin et la présentation dans l'espace	G bl F+/- Nature → FC'
VIII	19'' 37''	C'est 1.une Coupe d'un cerveau 2. deux animaux qui	1. anatomie du cerveau avec les différentes composantes grâce aux couleurs 2. Forme rose latérale de	1= G F- Anat 2= D kan+ A Ban

		montent sur l'arbre	chaque côté	
IX	42'' 1'07	Ça ressemble à un trophée de la coupe du monde	la forme et les différentes colorations qui font ressortir la beauté	G FC+ Objet
X	1' 2'48	1-Waoo, je dirai personnage de film (guerre des étoiles) 2-Des araignées en couleur bleu et d'autres en jaunes, 3-Au centre l'équerre 4-Je vois deux oiseaux Autruches en dessous des bleus en jaunes et orange	C'est la forme de l'ensemble ressemble au personnage, C'est la couleur et la forme, bleu latéral et en jaune ou en vert partie supé C'est à cause de sa forme (gris médian supé) C'est la forme en couleur orange et jaune aux 2côté latéraux	1 = G F-H 2 =D FC - A 3 = D F- Objet 4 = D FC- A

4.1.2. Psychogramme

Psychogramme W, 21 ans			
Production	Appréhension OU Localisation	Déterminants	Contenus
R = 23 Radditives= 0 TTotal= 23'05'' T/R= 31'' TLM =8,9'' IHC/IDC= 7%/0%	G = 14 /61% Gbl= 1/4% Gz= 1 D = 7 /30% Dd = 1 /4% Dbl = 1 /3% Do/Di = 0/0%	F+ = 4 F- = 9 F+/- = 1 F% = 61% F% élargi = 96% F+% = 32% F+% élargi = 34% FC= 4 FC' = 0 CF= 1 C'F = 0 C = 0 C' = 0 FE=0 FClob = 2 EF=0 ClobF = 0 E = 0 Clob = 0 K= 1 Kan = 1 kp = 0 kob = 1 TRI=1/3,5 (k<c) Fle.Compl : 2//0 RC% = 30%	A= 8 Ad=1 (A)=0 A/H= 0 A% = 36% A%élargi= 36% H= 3 Hd= 0 (H)= 3 H/A=0 H% = 12% H%élargi= 28% Anat= 1 Sg= 1 Art= 0 Sex= 0 Abs= 0 Elt= 0 Nature= 1 Frag= 0 Alim= 0 Gé= 0 Bot= 0 Pays= 0 Obj= 5 Symb= 0 Sc=0 Arch= 0 Hd+Anat+Sg+Sex=2
Phénomènes complémentaires : Refus= 0 Chocs+ Blocage= 3 Ban=5 B= 6 B&P= 0 P= 1 IA%= 8% ; Choix + : VIII et IX Choix - : IV et VI			

4.1.3. Analyse complète des processus psychiques

Eléments quantitatifs et qualitatif

La production se situe dans la norme $R=23$ et une verbalisation fluide. Présence des chocs presque avec la moitié du protocole, se manifestant spécifiquement aux planches III, IV, VI, IX et X par le temps de latence supérieur à la norme.

I. Processus cognitifs et intellectuels

D'une manière globale, nous constatons une augmentation des G% au détriment des D% et Dd%, cela semble indiquer chez W. une recherche de maîtrise du matériel par des réponses simples et générale. Mais d'une manière spécifique : G%= 61% donc supérieur à la norme, W. semble avoir non seulement des capacités à appréhender les situations dans leur entièreté mais aussi se préoccuper des détails (D=7, Dd=1). Il dispose des capacités d'adaptation à la réalité extérieure. Ban=5, se situe dans la norme, ce qui traduit chez le sujet une bonne intégration et socialisation. K= 1, cela dénote d'une faible capacité en termes de processus de mentalisation face aux conflits. Ailleurs nous relevons une variété des contenus (A, H, Ad, Hd, (H), Anat, Nature, Objet et Sang) montrant ainsi une richesse en termes de production intellectuelle, enfin le IHC/IDC (7%/0%) montre qu'il y a une harmonie cognitive.

II. Facteurs de socialisation

F%= 61% donc normal, les bonnes capacités adaptatives et d'appréhension du réel. (A%, H% et 5 Ban), signe chez W. les traces d'une participation aux pensées communes. Mais l'augmentation en F% élargi=96% renvoie aux tendances à étouffer la vie affective via l'utilisation des mécanismes rationnels pour les contenir. H=3 à égalité avec (H)= 3, mais le fait que la plupart de ses contenus soit à prédominance formelle de mauvaise qualité, la totalité des (H) ont une valence menaçante « *une personne avec deux gros pieds, et des bras bizarres* », « *Monstre* », « *fantôme* », semblent souligner le vécu persécutif des images humaines.

III. Dynamique conflictuelle et affective

Le TRI (K<C) extratensif, dénote chez W. les difficultés à mentaliser les conflits. La formule complémentaire introversive renvoie à la présence d'une certaine immaturité des besoins. Deux FClob successives surtout les F-, ce qui traduit un échec dans la lutte contre des poussées d'angoisse. Cependant l'examen des formules dérivées (FC>CF+ C), avec un RC=30% donc normal montre une affectivité adaptée.

En synthèse, le sujet dispose des capacités d'adaptation et d'appréhension des situations dans leur entièreté. A%, H%, Ban=5 traduisent chez W. sa participation aux pensées communes, et une bonne appréhension au réel. K=1 indique une faiblesse dans les processus de mentalisation des besoins et des conflits. Malgré ses efforts à maintenir une affectivité adaptée (FC>CF, nous relevons chez lui une tendance à étouffer sa vie affective (F% élargi très élevé). Ailleurs le sujet exprime un vécu persécutif des images humaines ((H) associé des F- et à valence menaçante. Enfin, l'indice de Barrière/Pénétration de Fischer et Cleveland, montre 6B/1P, comparé au ratio référentiel 2B/1P, il apparaît très clairement que le score « Barrière » est élevé. Cela semble indiquer la solidité du corps.

IV. Analyse planche par planche

Planche I

W. face à l'inconnu et aux nouvelles situations, semble mobiliser ses ressources pour s'adapter. A cette première planche, il donne trois réponses dont les contenus sont perçus dans leur entièreté (3G), prédominance de bonne qualité formelle (2F+), signant ainsi de bonne capacité d'adaptation et une bonne solidité de l'image du corps.

Cependant la première réponse « *on dirait une araignée* », vue dans son intégralité, mais avec mauvaise qualité formelle, semble indiquer une entrée dans un processus défensif d'intellectualisation, voire d'isolation à travers le corps qui semble jouer le rôle d'enveloppe protectrice ou de barrière contre l'angoisse. « *L'araignée* » semble dotée d'un pouvoir, celui de tisser des toiles dans l'espace, de pouvoir s'isoler, mais aussi sa capacité d'étouffer ou de tendre des pièges à ses proies. « *L'araignée* », symbole du lien, peut traduire chez le sujet le vécu inconscient des relations précoces, comme menaçant. Donc la figure maternelle paraît ambivalente, d'une part menaçante, et d'autre part dotée de pouvoir.

Les deux dernières réponses « *papillon* » et « *cerf-volant* », même s'il s'agit des contenus opposés du fait que l'un soit vitalisé et l'autre dévitalisé, ont une caractéristique commune, celle de voler. Cela traduit chez le sujet processus d'intellectualisation.

Les réponses données à cette planche, traduisent un clivage, entre objet menaçant et objet contenant.

Planche II

A cette planche, temps de latence très court, apparaît comme de la précipitation. Elle traduit une réactivation ou émergence des pulsions chez le sujet. La réponse « *le volcan en*

éruption », traduit un mouvement pulsionnel dont la source est interne. Il s'agit d'une excitation corporelle (Chabert, 2012, p 162) qui semble faire écho d'une décharge brute non contrôlée, plutôt que la recherche de l'objet. Le contenu manifeste de la réponse à cette planche, reflète chez W. des attitudes intérieures très refoulées et profondément enfouies dans l'inconscient. Cette kinesthésie mineure (kob) semble manifestement liée à excitation corporelle d'origine pulsionnelle c'est-à-dire interne, traduisant ainsi une charge affective importante qui ne trouve pas sa voie socialisée de réalisation, les désirs difficiles à réaliser, de tensions non résolues (M. Malempré, 2009, p 66). A l'enquête l'évocation de « ...rouge comme ...remontées de laves » peut renvoyer à la dimension féminine, car reflète les menstruations d'une femme. Cela nous amène à nous interroger sur la problématique sexuée du sujet. Bref, l'émergence pulsionnelle à la précédente planche a été mal intégrée, impliquant un mouvement plutôt impulsif (kobC).

Planche III

Temps de latence faisant presque le triple de la moyenne, traduit manifestement le choc. D'une manière générale, il donne trois réponses à cette planche dont une globale G humaine perçue dans son entièreté et de bonne qualité formelle, et deux grands détails et de mauvaise qualité formelle. Il s'agit d'un clivage, passer d'un contenu humain vitalisé à deux contenus objets. Clivage aussi du fait du nombre deux qui est répétitif et commun aux trois réponses. Le contenu de la première réponse de la planche « deux jumeau qui jouent », dénote les capacités de W. à s'identifier à l'espèce humaine et à représenter des êtres humains dans leur intégralité et totalité. Et sa capacité à les mettre en interaction dynamique. Cela nous conduit à penser que l'identité de base semble bien structurée, mais que l'identité sexuée paraît non différenciée à cause du flou entretenu. La difficulté à se positionner peut-être chez W. le reflet d'un conflit intérieur à propos de l'identité sexuée.

Les contenus des deux dernières réponses « *deux épées trempées de sang* », « *deux armes à feu (kalachenikoff)* », traduisent une angoisse face à la représentation humaine et relationnelle.

Planche IV

Nous constatons un temps de latence très élevé (1'02''), trois réponses (deux D et un G) qui sont toutes de mauvaises qualités formelles, signent ainsi des réactions d'angoisse probablement liée à la massivité de la planche. Les contenus des réponses semblent traduire la symbolique de la puissance phallique associée dans les deux premières « *Tête de pharaon* »,

« *la queue d'un animal* » à la masculinité, mais à la dernière réponse « *une personne avec deux gros pieds et des bras bizarres* », reste floue car sexe non différencié. Cela vient une fois encore nous interroger sur la problématique de l'identité sexuée de W. Le contenu latent a bien été identifié, donnant lieu à l'image de puissance, de force voire de domination sans donner la précision à cause du clivage constaté au niveau des réponses.

Planche V

Deux G, tous banals avec une bonne qualité formelle viennent encore une fois confirmer que W. a de bonnes assises identitaires. Les contenus sont bien perçus en entier et dans leur intégralité, cela nous amène à penser que les assises identitaires sont bien structurées chez le sujet, le rapport au réel et au monde extérieur est adéquat. Deux réponses en 11 secondes et un temps de latence relativement très court, traduisent chez le sujet une tendance à la survalorisation narcissique.

Planche VI

Temps de latence (33'') supérieur à la norme, traduit un choc. Nous remarquons l'apparition successive de deux réponses sur la base de la clarté/ l'ombre (FClob) avec une mauvaise qualité formelle traduit un débordement de l'angoisse par rapport à la représentation. Cela dénote chez le sujet une maîtrise insuffisante de l'angoisse induite par la menace du « ... *monstre* », ou du « *fantôme* », symboles sexuels masculins. La dernière réponse « *peau d'animal écartée* », fait référence à la symbolique du sexe féminin.

Planche VII

A cette planche, le sujet ne donne qu'une seule réponse et celle-ci n'est pas du tout humaine, mais plutôt Nature (géographie) « ...*nuages dans le ciel* ». Cependant le contenu de la réponse fait référence au symbole de la maternité tout comme dans le cycle de l'eau (eau-nuage). Et pour Morali-Daninos A. et al. 1962, (*Relation mère-enfant et Rorschach, In : bulletin de la société française du Rorschach et des méthodes projectives, n°13-14*), une réponse « *nuage* » traduit le symbole maternel élargi. La réponse donnée par le sujet renvoie à la problématique de représentation de la figure féminine. Celle-ci paraît à l'état disperser, dégrader et ou peut se dissoudre dans l'atmosphère. Le contenu latent de la planche semble susciter l'angoisse. Les pensées du sujet quant à elles restent flous (F+/-), il est possible que cet état de chose traduise chez W. un principe de prudence. Cela traduit un mécanisme d'évitement face à la figure maternelle source de menace de désintégration.

Planche VIII

Face à l'apparition des couleurs, W. donne une réponse à contenu anatomique avec une mauvaise qualité formelle : « *coupe d'un cerveau* ». Cela semble traduire chez le sujet des préoccupations somatiques. Mais l'apparition en deuxième position d'une réponse animale, banal, une kinesthésie mineure mais dynamique avec une bonne qualité formelle, « *deux animaux qui monte sur un arbre* », souligne des capacités du sujet à gérer son rapport avec le monde extérieur lorsqu'il est sollicité par des éléments d'ordre émotionnel. Le fait de passer d'une réponse Anat dévitalisée à celle d'animal vitalisé et en mouvement dénote un clivage, il aborde les situations nouvelles avec une certaine méfiance. Il semble que le sujet a une bonne capacité d'adaptation, d'intégration et les affects paraissent bien canalisés.

Planche IX

Temps de latence fait relativement le double de la norme, ce qui signe la présence de chocs, probablement provoqué par le contenu latent de la planche. Malgré la présence de chocs, l'expression de l'affectivité semble adaptée (FC+). Le sujet semble faire référence au symbole phallique par un processus projectif « *...à un trophée de la coupe du monde* ». Le vécu des relations précoces à l'imago maternelle traduit une ambivalence (réponse à l'enquête : « *...les différentes colorations qui font ressortir la beauté* »).

Planche X

Présence de chocs (temps de latence très élevé 1'), toutes les réponses sont d'une mauvaise qualité formelle, les contenus sont variés (H, A, Objet), semblent traduire une réaction de morcellement. Présence de deux FC-, traduit une certaine labilité émotionnelle ou une impulsivité chez le sujet. Nous relevons chez le sujet des indices d'une vie intérieure très riche et créatrice mais qui reste perturbée par la problématique de l'identité sexuée.

Synthèse

Dans l'analyse formelle et dynamique du protocole, il apparaît clairement que W. a des capacités d'adaptation et d'intégration à la réalité extérieure. Il peut aussi s'identifier à l'espèce humaine dans son entièreté. Le sujet peut aussi participer aux pensées communes (une bonne socialisation). TRI extratensif, et une seule K, traduisent les difficultés du sujet à mentaliser les conflits. Il a tendance à étouffer sa vie affective. La construction et structuration de l'identité de base semblent acquises, mais l'identité sexuée reste non

différenciée. Le moi-peau de W. est structuré et paraît très solide, l'aspect contenant et les limites entre le soi et le monde extérieur suffisants.

V. Mécanismes de défense

Les mécanismes de défenses sont bien présents et appartiennent à des registres variés :

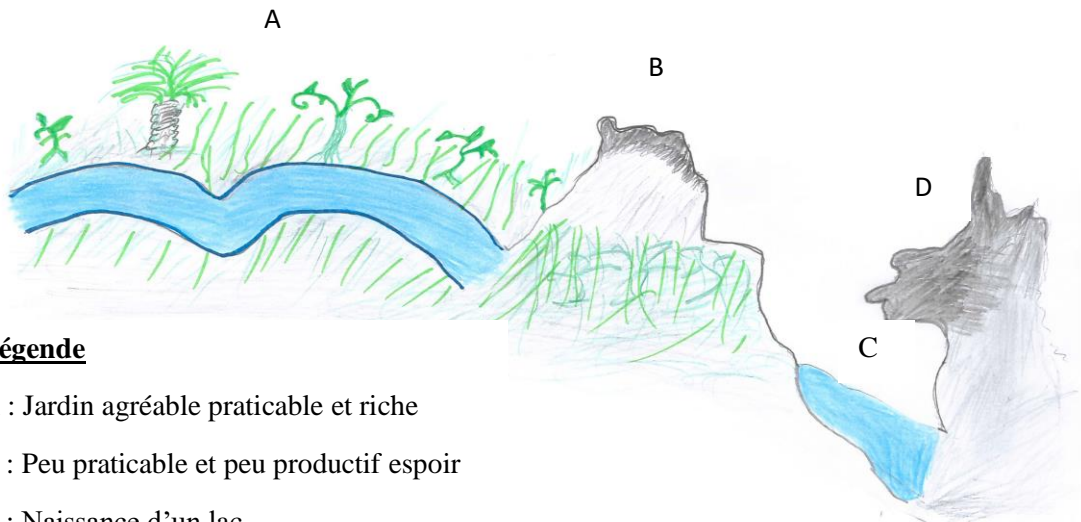
Le refoulement qui se traduit par un TRI extratensif, présence des couleurs aux planches pastel, l'omniprésence de la problématique de l'identification sexuelle et apparition de la menace de castration (Pl. II, IV, VI). Nous relevons aussi des processus d'intellectualisation (présence d'une G organisé). L'émergence des processus primaires traduit essentiellement par la présence des F+% en baisse, F- en majorité (9 F- contre 4 F+) apparition des (H) à connotation persécutive. La multiplication des réponses sensorielle (FC= 4), nous conduit à penser au processus de formation réactionnelle. Ailleurs nous notons un surinvestissement des indices de barrière dans le but d'écarter les éléments projectifs (6B/1P), ce qui semble ainsi indiquer une défense de type narcissique. Et enfin, le clivage du Moi, traduit ici par un fonctionnement hétérogène notamment tantôt contrôle, adaptation, maîtrise et tantôt dominé par un débordement, une décharge brute voire explosive et désorganisant.

Au regard de ce qui précède, nous pensons être dans un fonctionnement limite, à prédominance narcissique.

4.2. Subjectivité du patient

4.2.1. Ligne de vie

A.W



Légende

- A : Jardin agréable praticable et riche
- B : Peu praticable et peu productif espoir
- C : Naissance d'un lac
- D : impraticable, aride et rocailleux

Analyse du dessin de la ligne de vie

Pour le patient, sa vie (21 ans) se subdivise en quatre phases:

- **Phase A** titrée en légende « *Jardin agréable praticable et riche* », va depuis sa naissance jusqu'à ses 17 ans. Selon lui, c'est une phase où il dit avoir tout eu. Sur le dessin les arbres, les herbes et la rivière matérialisent les bons moments. Pour lui tout était normal, « *on récolte ce qu'on a semé* ». Il était excellent à l'école, les parents étaient heureux, bref tout se passait bien. « *J'étais insouciant, et plein de vitalité. Mes rêves sont presque comme la réalité. Je pouvais avoir tout ce dont j'ai besoin. J'avais droit à une fête après chaque examen, CEPD, BEPC, et tout s'organisait bien autour du probatoire. C'était beau de voir mes parents heureux, radieux. Même malgré la brutalité de la maladie en 2014, j'avais obtenu mon BAC I avec mention Bien. J'étais heureux. Il faut croire que c'était le passé. La maladie a tout changé en moi* ».

Le patient semble montrer par cette partie que tout tournait autour de lui, de ses résultats scolaires. Il condense tous les événements de vie en un jardin. Il se symbolise comme un jardin. Cela semble indiquer une sorte de projection narcissique. Le sujet semble s'investir sur lui-même. L'utilisation des couleurs comme vert pour désigner arbres, herbes et plante d'une

part ; et bleu, à l'image de l'eau semble traduire un mécanisme d'intellectualisation. L'objet d'investissement sexuel paraît être l'intellect.

- **Phase B**, « *peu praticable et peu productif-espoir* », pour le sujet cette phase intervient à la suite de sa maladie. La présence du vert pour symboliser les herbes, traduit en quelque sorte l'espoir de W. quant à son rétablissement. « *Après ma maladie en 2014, et surtout quand j'ai réussi à mon examen, tout restait encore possible, je pouvais toujours être l'enfant fascinant par son intelligence. Je prenais très bien les médicaments malgré leurs effets sur mon physique. Intellectuellement je me sentais un tout petit peu diminué, mais j'étais convaincu qu'en arrêtant les médicaments, je retrouverai mes capacités d'avant. Mais c'était terrible pour moi de passer presque un an à la maison sans aller à l'école. Les médicaments me rendaient bizarre. Ils me transformaient peu à peu. Je dormais beaucoup, je me sentais faible et impuissant. J'avais l'impression comme si tout se passait sans moi. La montagne désigne pour moi les médocs. Les grands rochers empêchent beaucoup de chose. Donc mon corps paralysait mon esprit. Je me sens étouffé par ces comprimés. C'est pourquoi je parle de peu praticable, peu productif* ».
- **Phase C**, « *Naissance d'un lac* » : pour le patient, il fallait rompre avec les habitudes créées par la survenue de la maladie. Il a repris ses études, et l'espoir renaissait peu à peu. Il retrouvait ses réflexes et pour lui : « *je récréais mes espaces de confort, j'étais moi. Je retrouvais mon plaisir car j'ai repris grâce à mes efforts intellectuels la place de major de promotion. Je ne prenais qu'un demi-comprimé de médicaments tous les soirs au coucher. Mon corps semble bien l'accepté et toléré les effets secondaires. Trop confiance en moi peut être, je commençai à sauter les jours de prise vue que j'habitais désormais seul en résidence étudiant* ».

Cette phase est évoquée par le patient comme une période de reconstruction et de surinvestissement narcissique. La référence à la naissance d'un lac, constitue peut-être un catalyseur d'angoisse enfouie. Dans sa culture d'origine, le lac représente le lieu qui abrite les génies, forces canalisatrices des esprits maléfiques, des montres. C'est un endroit où vivent les sirènes de l'eau. Le lac représente un endroit où sont dissimulés les secrets. Car dans son village (Togoville), la plupart des rituels s'effectuent au bord du lac Togoville. Ils sont faits dans le but de chasser les mauvais esprits qui hantent les membres de la communauté dans leur sommeil. Il peut aussi s'agir d'un endroit de purification, où les sujets souffrants sont invités à se laver à travers un rituel dans le lac. D'après notre patient, son père aurait fait ce

rituel à sa place dans le but de conjurer le sort qui lui aurait lancé l'oncle. Alors nous nous demandons quel rôle joue le lac pour le patient. Serait-il cet endroit qui fait émerger la fascination à cause de sa beauté, du reflet qu'il peut envoyer du sujet de lui-même, de ce symbolisme de la féminité. Ou au contraire il fait apparaître la crainte, l'angoisse à cause de ce qui est dissimulé là-dedans. Pourquoi parler de « *naissance d'un lac* », si celui-ci existe déjà. Cela semble plutôt informer sur le patient, de la fascination qui se porte après le premier épisode de sa crise.

- **Phase D**, « *impraticable, aride et rocailleux* » : Le sujet utilise des adjectifs pour qualifier sa rechute. Le dessin montre un bloc massif vers le haut et qui barrage. Pour lui, le bloc ne se trouve pas en dehors de lui, mais plutôt à l'intérieur. Ce bloc est induit par les médicaments d'après les dires du patient. Ce qui touche l'intérieur vient toujours de l'extérieur. « *En décembre 2017, alors que je jouissais de toutes mes capacités mentales et intellectuelles, je fus à nouveau frappé par mon cauchemar. Je me rappelle qu'une semaine avant la rechute, je revoyais presque dans tous mes rêves mon oncle sorcier. Il se montrait toujours bizarre. Dans mon dernier rêve, je fus très bouleversé par celui-ci. En effet, j'étais comme du chocolat dans une boîte, mon oncle réussit tout de même à prendre le chocolat sans ouvrir la boîte. Il rigola en me mettant dans unealebasse en disant : « **maintenant tu vas voir, c'est fini pour toi et ton père, tu seras toujours un malade** ». Je me réveillai en sursaut, j'avais l'impression d'être dans deux mondes. Le rêve me paraissait très vrai, comme si c'était réel. Mais en même temps j'avais la sensation que c'était plus imaginaire. Je ne réussis plus à m'endormir, j'étais complètement bouleversé. Il y avait une sorte de mélange entre réel et imaginaire, entre vrai et faux. Je commençai à avoir des sensations bizarres à la poitrine et des bouffées de chaleur. Deux jours après, me voilà encore avec les fantômes de mon oncle, mon corps assommé par les médicaments, mon cerveau ne me répond plus, je suis devenu un handicapé mental ».*

La rechute est liée selon le patient aux actions de son oncle. Les croyances et l'interprétation des rêves semblent convaincre le patient sur les raisons de sa rechute. Alors qu'il n'est pas vraiment observant vis-à-vis du traitement. Les causes sont externes à lui. Le mot « *frappé* » utilisé montre la violence des ressentis laissés par les cauchemars. Cela fait de lui une victime. Il n'est pas seulement victime de la maladie, mais aussi de l'injustice. Le sujet montre aussi sa position vis-à-vis du champ des croyances. Il semble avoir perdu ses objets narcissistes. Le contenu des rêves paraît provoquer chez le patient, l'angoisse de perte. La fragilisation

narcissique provient de l'absence d'objet de désir. Son rêve traduit une régression narcissique, qui malheureusement n'est pas au service du Moi. Il fait plutôt émerger l'angoisse, source de la menace de la désintégration psychique. La résurgence de la menace perçue dans le rêve place le patient dans une position de clivage.

Le dessin de la ligne de vie laisse apparaître la problématique de l'identification narcissique. A travers celui-ci, le Moi semble confondu avec l'objet de la pulsion.

4.2.2. Vécu des hospitalisations

En rappel, il a fait deux hospitalisations, la première en 2014 lorsqu'il avait 17 ans, et la seconde en 2017.

Il a été admis dans de le service de psychiatrie et de psychologie médicale pour agitation, agressivité verbale et physique, propos incohérents, fuite des idées, instabilité de l'humeur et irritabilité+++ , sur un fond d'insomnie.

Le patient nous confiait qu'il n'aime pas les hôpitaux. Pour lui, ils sont à l'image d'un garage où on vient évaluer l'étendue du dégât. Être hospitalisé malgré lui, a un sens, il représente la pièce défectueuse. Voici ce qu'il dit en termes de vécu de son séjour en tant que patient à l'hôpital : *« au cours de la première semaine, j'étais traumatisé par les piqûres sur les fesses. Ça fait très mal, j'avais du mal à m'asseoir. Personne ne faisait attention à mes plaintes, ni à mes cris, j'étais envahi par un sentiment d'impuissance, d'abandon et je me sentais victime. Les effets des médicaments sont aussi atroces que les piqûres. Je perdais tous mes moyens après chaque injection. Cette expérience fut très horrible jour après jour. J'avais aussi peur de tout ce qu'on me donnait comme médicament. Je n'arrive pas à me défaire de ces images pendant mon internement. J'ai été attaché au lit en forme de « X », pieds et jambes écartés. J'en suis arrivé à être convaincu que j'étais un voyou qui doit purger sa peine. Les contraintes hospitalières sont insupportables. Je n'avais droit qu'à une seule chose, obéir en prenant les médicaments sans poser de problème. Les infirmiers n'hésitent pas à faire usage des menaces aux moindres résistances. La salle d'hospitalisation, dégage quelque chose de triste, une odeur des médicaments. Les cris et hurlements des autres victimes interrompaient les moments où on pouvait être déconnecté, le sommeil.*

Trois ans après la première, je suis à nouveau hospitalisé pour presque les mêmes symptômes que la précédente, insomnie, je parlais sans relâche, moi qui était calme, dont on admirait mon comportement, j'ai commencé à agacer les gens avec mes blagues, je ne supportais plus

qu'on me contrarie, j'étais devenu très irritable, je me disputais avec presque tout le monde dans mon entourage (le concierge de mon école, mes camarades de fac), le pire c'est que j'étais devenu violent, une fois encore j'ai même donné des gifles à mes parents... ». Il marque une pause, remue la tête en tchipant et de poursuivre, « j'ai honte de moi aujourd'hui, à cause de mes actes pendant ma crise ». Même si cette dernière n'a pas été longue comme la première, je me suis senti pareil, les mêmes désespoirs. Difficile de ne pas s'énerver quand beaucoup de limites vous sont imposées, celles de l'espace (on ne peut pas sortir) et celle des médicaments. Je me sentais comme confiné dans un labyrinthe. Être surveillé à longueur de journée par l'équipe soignante et relayé par mes parents, reste difficile à supporter. Difficile aussi de se plier ou de se fier aux dires et aux faits des autres, sans pour autant être consulté. Je pense même que cette surveillance continue jusqu'à présent ».

En synthèse, pour le patient, il n'y a aucun doute, l'hospitalisation en psychiatrie est pareille que la prison voire plus. D'une part les contraintes spatiales : il s'agit des limites physiques représentées par des murs assortis de deux portes. D'autres parts, son vécu est inhérent au traitement. Il s'agit du trauma des injections et celui des effets secondaires. Le patient avait fait suite à ses médicaments le syndrome extrapyramidal, nous y reviendrons dans le vécu du traitement. Le dernier élément du vécu concerne, la surveillance à laquelle est soumis le patient. Le patient se sent espionné, il n'a plus d'espace d'intimité. Il y a une sorte de violation de l'espace vitale et d'intimité du patient.

4.2.3. Vécu du traitement

« Imaginer tout ce que je prends, quatre médicaments (Risperidone 2mg 0-0-1/2 ; Losapac 50 mg : 0-0-1 ; Tégrétol 200 mg : 1-0-1 et Lepticur 10 mg 1 cp/jr et trois fois par semaine soit L-M-V). Les médicaments me rendent bizarre, c'est devenu presque un rituel la prise de médicament, avec les mêmes gestes. Les effets secondaires sont très violents. Alors que j'étais encore à l'hôpital, je n'arrivais plus à marcher, ni à parler, mes mains tremblaient, même ma langue dans ma bouche, je bavais beaucoup, c'était horrible lorsque je me suis aperçu dans la glace. A cause d'eux je n'y arrive plus à me concentrer, j'oublie beaucoup, on dirait un vieux. Les médicaments ont créé un bug dans mon cerveau. Je ne peux me rappeler que des choses qui font mal ou des choses qui me rendent triste. Je ne vis qu'à travers mon imagination. J'ai l'impression d'être dans un rêve, donc il voudrait vite me réveiller. Dommage c'est plutôt la réalité. J'ai perdu ma spontanéité et mon élan de vie est en chute libre.

...Ça ne s'arrêtera jamais, il faut toujours les prendre. Je suis épuisé de faire le même rituel. Le fait même de prendre le ou les comprimé (s) dans mes mains me révolte et fait resurgir un sentiment de mal être, une sorte de poids dans la poitrine, un bug. Une fois avalé, émerge un sentiment d'impuissance, précédé de somnolence, de perte progressive de contrôle sur les choses. Mon cœur bat très vite à chaque approche de prise. Les médicaments me font très peur. Je dors très mal, à chaque veille de la rencontre avec le psychiatre. Parce qu'à chaque rencontre sa première question porte toujours sur les médicaments « **Tu prends bien tes médicaments** » ? Cette question traduit pour moi une certaine violence. Je me sens partagé. Car lorsque je les prends, mon entourage arrête de s'inquiéter et ils peuvent vaguer à leur occupation, ne sont plus déranger dans leur quiétude, et leur tranquillité, c'est très frustrant de les prendre tous les jours et surtout lorsque chaque jour je me rends compte que la plupart des conversations que j'ai avec des gens tournent autour « d'atike » substance ayant un but curatif « o nu atike ? » c'est-à-dire « as-tu pris des médicaments. Presque quatre ans que j'entends cette petite phrase, qui continue à raisonner dans ma tête. Pour moi médicament est synonyme de condamnation. Je me sens quelque fois idiot. C'est très déstabilisant, d'être pris entre deux feux, d'une part la maladie, et d'autre part les médicaments. Ils me rendent différent et font de moi un malade, un incapable et parfois une personne inaccessible car les gens ne se mettent pas à ma place. Ils n'ont pas accès à ma souffrance.

Bref le traitement au début se résumé aux médicaments, mais depuis que j'ai commencé à voir un psychologue du service, je me permets de me projeter dans le futur malgré tout. Et le défi c'est d'arriver à m'en passer des médicaments ».

Les ressentis vis-à-vis du traitement ont certaines origines dans le vécu de l'hospitalisation. Il s'agit du traitement par voie intramusculaire (en IM), par le biais des injections sur les fesses. Les douleurs ont rapidement été associées au traitement. Le syndrome extrapyramidal provoqué par les neuroleptiques vient encore une fois renforcer l'expérience négative du traitement. Ensuite le patient fait une association avec le rituel dans la prise de médicament. Celui-ci traduit pour le patient un moyen de surveillance et de contrôle qui est exercé sur lui. Enfin, le sommeil induit par l'action des médicaments, est symbole de prise de possession sur le patient, une perte de contrôle et d'impuissance. Les médicaments formatent les capacités cognitives, intellectuelles et affectives, ce qui angoisse d'ailleurs le patient. Ils sont et restent le seul moyen de communication entre lui et l'extérieur. Ils sont perçus comme un moyen de stigmatisation, d'étiquetage de ceux qui en prennent. Il y a aussi l'angoisse d'être englouti et

transformé par les effets des médicaments. Ils constituent le lien entre le patient et sa maladie, ce qui fait émerger les émotions négatives.

4.2.4. Représentation de la maladie

« *Sans détour, c'est une maladie mystique* ». Cette affirmation fait suite aux analyses et bilans normaux, et surtout que le patient ne consomme ni drogue, ni alcool, et pourtant perd contrôle de ses moyens. Dans les perceptions culturelles, il s'agit d'une force extérieure qui prend possession du sujet le pousse à réagir contre sa propre volonté. L'individu victime de ses forces perd tout contrôle de ses réactions et comportements, faisant de lui un prisonnier. Dans le cas de notre patient, il est prisonnier d'un esprit vodou. Cela a été possible par l'intermédiaire de son oncle. « *Etant un fervent croyant, je pense être victime des forces mystiques orchestrées par mon oncle. Il est très méchant, manque de respect, comportement d'humiliation et jaloux du succès scolaire des enfants de son frère contrairement aux siens. Depuis un certain temps il a un comportement bizarre envers nous, il passe tout son temps à nous espionner. Un jour quelqu'un qu'on ne connaît même pas a dit à mon père de se méfier de son frère. Au début j'avais des doutes à ce propos, mais cela semble confirmé dans mes rêves. Je le vois régulièrement dans mes rêves en train de faire des trucs bizarre* ».

Cette représentation de sa maladie, traduit les croyances autour des pathologies psychiques dans les coutumes et traditions du patient. Selon les croyances de W, les troubles psychiques sont l'expression de conflits. Ces derniers sont enclenchés à la suite d'une rupture avec les ancêtres, et le sujet se voit abandonné de toute part sans protection spirituelle. Or sans celle-ci, le sujet est facilement atteignable face aux attaques des sorciers. Notre patient et sa famille restent convaincu que sa maladie est d'origine maléfique. D'après leur investigation, c'est l'oncle paternel qui serait à l'origine. En effet, selon les propos du patient : « *il devait de l'argent à mon père. Malheureusement il a fait grigris sur l'argent avant de me le remettre pour mon père. Une fois que j'ai touché à ce maudit ega, gbogbo do lamenam (l'esprit a pénétré mon corps)* ». Ainsi au contact de l'argent le grigri l'a pénétré à travers le corps. Il s'est installé et a progressivement pris possession de son corps. Pour lui, l'argent a servi de moyen d'envoutement. Les mauvais esprits s'infiltrèrent à travers l'argent.

Sentiment de victimisation provoqué par l'interprétation et les croyances autour des faits

Notre patient et sa famille partagent les mêmes croyances, d'où les mêmes interprétations. Selon l'interprétation et les croyances, le patient étant le premier garçon de la famille, il a été victime de l'envoutement qui était destiné à son père. Le patient se croit victime collatérale du conflit entre son père et son oncle. La source du conflit se trouverait dans les rivalités fraternelles. Son sentiment de victimisation est renforcé par le fait que son entourage le croit aussi victime. Cela montre bien qu'il y a un processus qui a conduit notre patient au sentiment de victimisation. Le processus semble émerger depuis la survenue du premier épisode de la maladie. Est-ce une façon inconsciente de se dédouaner des sentiments de culpabilité et de honte, le fait d'avoir frappé sa mère ?

Ce sentiment de victimisation s'extériorise à travers le comportement du patient. La plupart des postures adoptées le traduisent aussi. Par exemple lors des entretiens, il prenait sa tête dans ses mains, hochement de la tête, le fait d'avoir tendance à s'apitoyer sur son sort, adopter des points de vue négatif, parfois d'un regard genre fatalisme et un peu pessimiste...etc.

Cette tendance au fatalisme et pessimisme trouve ses origines dans l'interprétation même de sa souffrance. Le second domine le quotidien du sujet s'il s'avère, que le sort qui s'est abattu sur lui ne pourra jamais être conjuré. C'est le cas lorsqu'il s'agit d'une pathologie chronique. Dans l'interprétation, il s'agit d'un sort rendant le sujet victime à vie. A la différence d'une interprétation qui ferait du patient bouc émissaire ou victime sacrificielle, où sa souffrance préserve les secrets. Dans ce cas le patient assure le rôle de protection et de préservation des autres membres de la famille. Mais dans la situation de notre patient, c'est le père qui était visé. Etant donné que tous les espoirs du père reposaient sur le fils, il fallait anéantir ceux-ci. Pour le patient *« je n'en veux plus du tout à mon père. Au début oui, mais progressivement j'ai compris qu'il n'était pas lui-même responsable des conflits. Il est aussi victime comme moi. Peut-être que c'est mon destin, nul ne peut empêcher le malheur de s'abattre sur nous. Maintenant, je me résigne, il n'y a plus rien à faire, c'est la volonté de Dieu »*.

Cependant nous nous demandons si la mort du père aurait un lien avec ses croyances. Comment le patient vit la mort subite de son père ? Même s'il nous avait appelé en urgence, il reste flou quant au vécu. Il n'exprime aucun affect laissant penser à une détresse psychique lié au deuil. Est-ce qu'il en veut à son père ? La mort de ce dernier donne-t-il une lueur d'espoir quant à la conjuration du sort dont il est victime ? Bref comment perçoit-il la mort de son

père ? Cela nous interroge si le père était vraiment son objet d'attachement. Presque deux ans après le décès de celui-ci, le patient ne montre aucun signe selon les informations rapportées par notre collègue du service de CPPM. D'après ce dernier, il émerge de mieux en mieux. Il semble gérer la situation, donc tout va pour le mieux.

Victimisation comme tentative malheureuse de refouler les sentiments traumatiques du vécu personnel de la maladie

Notons que notre patient avant l'épisode de maladie jouissait de tous les éloges et admirations de la part de ses parents, ses professeurs, amis d'école et entourage. En effet, beau et bon travailleur, comme lui-même nous le dira : *« les gens pensent et me le disent, que non seulement je suis beau physiquement mais je suis aussi intelligent. Car depuis l'élémentaire j'ai toujours occupé le premier rang de ma classe. Même après la première hospitalisation (26jours), j'ai réussi à décrocher mon probatoire malgré que je sois sortis à deux jours de l'examen »*. Cela semble traduire une tendance narcissique. Toute l'admiration sur son physique et son intelligence en termes de résultats paraissent en évidence être un mérite pour le patient. De ce fait, il se perçoit comme génial, fort, exceptionnel, et donc personne ne peut ne pas l'apprécier. Mais la survenue de la maladie l'a fait basculer à l'opposé. Il ne mérite pas ça. C'est injuste qu'il soit malade. Ce sentiment d'injustice et d'inacceptation l'a fait chavirer en victimisation. Il analyse sa situation de manière bipolaire. Voici l'introspection qu'il fait : *« Franchement, j'ai une profonde rage vis-à-vis de cette maladie, c'est injuste, je ne mérite pas ça...Je ressens de la colère et une profonde déception. Elle vous transforme de l'intérieur vers l'extérieur. Je me sens très vide. Je suis étranger dans mon corps, je sens mes capacités au ralenti, je me sens diminué vis-à-vis de tout, (crise de larme). Ma vie ressemble à une forêt sans arbres, ni plantes, au fond de moi je ressens un vide. Je m'ennuie beaucoup. Je découvre que je m'isole, je passe plus du temps dans ma chambre, je reste beaucoup seul, je ne cesse de me plaindre en disant, « Dieu pourquoi moi » ? La maladie m'a enlevé la joie de vivre, je me sens enfermé par elle, et victime. Oui victime de l'injustice, de la maladie, des regards que je dois supporter à longueur de journée, victime de la jalousie, de l'envoutement et de la sorcellerie, je porte la souffrance de la famille. La maladie m'a reformaté, elle m'a pris beaucoup de choses. Je ne peux même plus faire une blague, on croirait que je fais une rechute. J'ai peur de mon reflet dans le miroir. Je sens qu'elle m'éloigne de plus en plus de mes amis, de ce qui me faisait plaisir. Je suis devenu une boîte qui n'a plus la même forme, je suis complètement déformée par la maladie »*. Le fait de se victimiser semble dénoter un comportement plutôt narcissique. Le processus de victimisation semble empêcher le retour

des sentiments de culpabilité, de honte ou encore des fragments des anciens traumas. La victimisation maintient toujours enfoui les souvenirs anciens douloureux.

Elle semble aussi exercer le rôle d'excuse parfaite dont notre patient s'en sert pour justifier ses carences et manquement. La maladie a induit chez le sujet un sentiment d'échec et des blessures narcissiques. La maladie semble provoquer des pertes en termes d'objets de confort. Ces derniers jouaient au rôle de stimulation et agents de motivation. Ce qui semble bloquer le patient dans sa reconstruction narcissique. La maladie s'est attaquée à son image corporelle, à son intellect. Désormais ses zones de confort non seulement sont défaillantes mais comportent des risques d'être rejeté.

De l'agressivité sur la personne de la mère comme une malédiction

A chaque épisode de la maladie, le symptôme le plus récurrent reste l'hétéroagressivité. Il s'agit d'un symptôme qui traduit le passage à l'acte. Ce qui retient plus notre attention c'est l'agressivité portée sur la personne de la mère. Cette dernière a été agressée verbalement comme physiquement par son fils malade. Nous nous demandons sur les origines de cette hostilité vis-à-vis de la mère ?

A propos de sa mère, le patient dira : *« Notre mère est une femme battante. Elle travaille beaucoup. C'est une femme dynamique qui parle très peu. A l'opposé de notre papa qui est très amical, rigolote, elle est rattachée à l'éducation, rigoureuse. Elle est très réservée et très discrète. Les gens nous demandent parfois si notre mère est là. Elle réagit que sur demande. Je m'en veux de l'avoir agressé, je pense que je suis une personne maudit à cause de ce que j'ai fait ».*

Dans le contexte togolais, la violence envers les parents est perçue comme l'une des pires malédictions. Ils symbolisent la vie. Surtout l'image parentale est investie de sacrée, de pouvoir venant de l'être suprême. Une personne qui frappe l'un de ses parents est mal vue. Elle est perçue comme une personne à problème. D'après le patient, les parents ont tenu garder sa violence envers sa mère secrète. Ils ont voulu lui protéger des préjugés sociaux. Il n'en pouvait plus de le garder secret. Il est convaincu, qu'il est maudit.

Synthèse

Il s'agit de la synthèse des vécus exprimés par le patient à la suite de ses expériences vis-à-vis de sa maladie. Lors des rencontres du patient, nous relevons qu'il adopte souvent la même position assise, bras et jambes croisés. Le discours est marqué par des phrases courtes avec

des poses. L'intonation de la voix reste le même, faible débit vocal. Lors de la quatrième rencontre consacrée à la passation du test de rorschach, nous constatons que le sujet transpire beaucoup du front et des aisselles. Il recourt à sa langue maternelle s'exprimer lorsqu'il veut décrire ses ressentis. Malgré son jeune âge, il a des rides sur le visage, sourcils froncés et yeux plissés.

Pour le patient : *« je n'ai pas de mots pour décrire ce que je ressens, « mulé kpo » (je suis là seulement), au plus profond j'ai l'impression que tout est anéanti en moi. Le plus dur pour moi aujourd'hui, c'est de m'écrouler sous le poids de cette malédiction. Même si ma mère ne m'en veut pas du tout, je le sais et je le ressens, je suis maudit. J'ai l'impression que tout est bloqué à l'intérieur de moi. Ma douleur aujourd'hui est physique et morale. Physiquement je me sens très froid, raide, comme si mes muscles sont bloqués. Je n'arrive plus à sourire. Mon visage exprime selon mes proches quelque chose de triste, la douleur et la souffrance qui est enfoui en moi. Et le pire dans tout ça, je ne peux rien faire. Je suis victime, et je me pose toujours pourquoi moi. Personne ne s'est moquée de moi à cause de ma santé, ni rejetée, mais j'ai l'impression qu'il existe désormais des barrières entre les gens et moi. Avant j'aimais écrire des poèmes, mais aujourd'hui je n'y arrive pas. Je me sens étranger en moi-même, et dans le monde. Je ne sais plus qui je suis réellement. Tout s'annule en moi. Je ne suis ni chaud, ni froid. J'ai l'impression d'être transformé en zombie. Je suis un poids pour ma famille. Et je me demande, que vais-je devenir ?*

Malgré qu'il se plaigne beaucoup, il extériorise très peu sa souffrance. Il est accessible et disponible dans les échanges cliniques. Par moment, il peut se montrer inquiet, détacher émotionnellement, un peu épuisé ou absorbé dans ses pensées et là il redevient inaccessible.

4.3. Environnement familial

Dans la famille de W., son petit frère semble le plus affecté par la maladie de son frère. Agé de quatre ans de moins que le patient, il pense que *« personne ne fait attention à moi. Je suis fatigué de cette maladie, on ne vit plus »*. Même si les deux frères restent très proches, la maladie rend le patient inaccessible, car selon les parents et le petit frère, le patient s'isole trop dans sa chambre. Il aime rester dans le noir. Les perceptions de la maladie du patient ne font aucun doute dans son entourage familial, il est victime de l'envoutement de l'oncle. Ce dernier est désigné comme personne responsable de la pathologie. Le patient est d'ailleurs perçu comme maillon fort de la famille, car *« il est courageux et parvient à de bon résultat à l'école malgré le lourd fardeau qu'il porte »* selon les dire du père avant sa mort. *« Lourd*

fardeau » est une expression pour désigner la souffrance. Cela se réfère aux capacités du patient à supporter la douleur psychique.

Enfin étant donné que la maladie du patient soit amputée à l'envoûtement et à la sorcellerie, les répercussions sont partagées. L'entourage du patient, surtout le père se sent responsable de la maladie. Il s'en veut de n'avoir pas pris toutes les précautions pour protéger ses enfants.

4.4. Transfert et contre-transfert

Le patient ayant déjà un thérapeute, pour nous c'était facile de contrôler les éléments transférentiels. Parmi ceux-ci, nous pensons à ces moments où le patient nous tutoyait, s'adressait à nous comme à un ami ou encore nous faire des compliments sur notre chemise. Quelque fois il voudrait parler de son thérapeute, ou encore souhaite notre point de vue à propos d'une réaction de son entourage. Ou encore, nous dire qu'il aurait souhaité étudier la psychologie pour nous ressembler. Pour lui, nous sommes très « *intelligents* ». Par moment il nous montrait une apparente familiarité, des moments de silence ou de sa difficulté à dire, et recherche de ce fait le soutien à travers notre regard.

De notre côté, certains éléments contre-transférentiels ont émergé, notamment le fait de donner notre numéro au patient. Par moment l'envie d'intervenir en tant que thérapeute oubliant notre casquette de chercheur. Après l'annonce du décès de son père, nous l'avons envoyé des messages de soutien.

4.5. Perceptions des soignants

Pour W., les soignants sont les premiers à réactiver les préjugés sociaux. Ils feignent ne pas croire à la sorcellerie. Il perçoit négativement les approches adoptées par les soignants dans le cadre de l'exercice de leur fonction.

« J'ai été relativement attristé par certaines réactions de vos collègues, surtout quand ils m'ont attaché, ils traitaient les gens comme des animaux, sans compassion, ni considérations. Ils ne s'intéressent pas à ce que nous leur disions, c'est comme si nos « paroles » n'ont plus aucune valeur. Je me sentais stigmatisé par eux à cause de ma croyance, Mr le croyant, le pasteur ou le prêtre, j'ai remarqué qu'ils ne nous appelaient plus par nos noms, mais plutôt « le jeune psychotique », le « maniaque », le « drogué », l'« alcoolique ». Leur formation aurait peut-être formaté leur foi religieuse, parfois ils peuvent aussi nous réprimander. Ils banalisent les choses lorsqu'on leur parle de nos croyances, je dirais qu'ils évitent ces sujets. Beaucoup réagissent négativement lorsqu'on parle de nos croyances, et parfois je ne leur fais

pas vraiment confiance pour en parler de mes croyances et convictions. Certains s'acharnent à nous faire admettre que nous sommes « fous », excusez-moi pour ce que je vais vous dire, la médecine moderne nous stigmatise plus que les autres, elle nous colle des étiquettes. Lorsque je posais des questions à savoir si tel ou telle était croyant, personne ne répond sous prétexte que ce n'est pas important.

Parfois il faut faire semblant pour vite sortir de l'hôpital. J'ai peur d'eux de toute façon, ils sont autoritaires. Ils sont inaccessibles, soit se prennent comme des stars, ils connaissent tout et n'hésitent pas à dire des choses méprisantes. Ils nous parlent comme à leurs sujets, nous sommes à leur merci. Il faut se plier à leur volonté. Ils disent seulement ce qu'il faut faire, pas vraiment d'échange. Vous savez il est très difficile, d'admettre qu'on est malade, lorsque les analyses réalisées ne révèlent rien, alors que chez nous ça un sens ».

Conclusion

Ce cas a la particularité de nous révéler comment le champ des croyances influence le vécu, entraînant quelque fois l'empêchement dans la reconstruction de la subjectivité et l'intersubjectivité. Selon les événements de vie et événements déclencheurs de la maladie, le patient peut être considéré comme une victime. Ce qui peut déclencher un processus de victimisation et faire barrage à l'épanouissement du patient.

La plupart des réactions ou attitudes du patient semblent dépendre en majorité de ses croyances et perceptions vis-à-vis de sa souffrance. Les interprétations peuvent rendre le patient inaccessible, indisponible, voire indifférent dans ses rapports à l'autre. Même si les patients recourent à la médecine moderne, leur croyance vis-à-vis de certaines pathologies surtout psychiques ont des ancrages dans la médecine traditionnelle et religieuse. L'itinéraire thérapeutique peut orienter mais pour y accéder à l'information, il s'avère indispensable de mettre le patient et sa famille en confiance, en prenant en compte leurs croyances. Les patients viennent chez les soignants avec leurs cultures, traditions, religions.

Au Rorschach, nous relevons que les indices de barrière sont plus élevés chez W. Ce qui implique la rigidité des limites du dedans/dehors, la séparation de l'intérieur/l'extérieur. Nous relevons également dans le protocole les indicateurs de l'angoisse persécutive, une défaillance dans les processus de mentalisation des conflits et des besoins.

En dehors des indices obtenus au Rorschach, W. semble complètement adhérer au champ des croyances, selon lequel sa maladie repose essentiellement sur les phénomènes culturels

particulièrement la sorcellerie. L'adhésion au champ des croyances et l'impossibilité de conjurer le sort, mettent à mal l'identité de W. dans la reconstruction narcissique. Nos hypothèses :

- Les facteurs psychosociaux (croyances et interprétations) de la maladie semblent expliquer l'angoisse source d'empêchement du patient dans sa construction subjective et intersubjective
- Le vécu du traitement (effets secondaires) semble expliquer le blocage du patient dans sa construction subjective et intersubjective

Semblent bien confirmées.

Cas Py

1. Approche sémiologique

1.1. Biographie

Agée de 25 ans à la date de l'entretien, Mlle Py est étudiante, et célibataire sans enfant. Elle appartient à l'ethnie des kabyè. Elle dit s'être reconvertie au christianisme depuis ses 16 ans, sur un fond de deuil difficile à vivre.

Elle a été conçue dans une famille monogramme. Père, militaire, sauvagement assassiné lors des crises socio-politique et ethnique survenue lorsqu'elle avait 15 ans. Mère, vivante et bien portante, elle est commerçante. Elle est première d'une fratrie de deux enfants.

Sur le plan *développement* : D'après sa mère, elle était désirée, et conçue un an après leur mariage. Elle a apporté beaucoup d'amour dans le couple et dans la grande famille. Elle est née par voie basse, et malgré que cela soit sa première expérience, l'accouchement s'était effectué sans difficulté. A cinq mois déjà, elle semblait connaître le monde. Elle avait acquis la marche précocement (entre 10-11 mois). Très rattachée depuis son bas âge à son père, avec qui, selon les propos de la mère « *ils étaient comme un arbre et son écorce* ». Elle était très curieuse, et n'aimait jouer qu'avec son père. Bref, elle faisait la fierté de son père et toute la famille. Très bonne enfant, jusqu'à la période d'adolescence. « *Mais tout a changé depuis le décès de son père* », nous disait la mère.

D'après Py, elle avait eu sa première menstruation à 12 ans, et avait été aidée par sa mère. Elle était informée que cela allait arriver, par une de ses cousines, âgée de trois ans de plus qu'elle. Chose que sa mère confirma, sur sa demande. Quant au vécu de celle-ci, elle esquivait la question, avant de dire : « *je m'étais sentie un peu bizarre, une sensation de malaise et de mal être dans ma peau* ». Selon les propos de sa mère, elle avait une lourde responsabilité, « *celle de ne pas écarter ses cuisses* ». A travers ces propos, la mère fait allusion au risque de grossesse en cas d'un rapport sexuel. C'était pour elle, une lourde responsabilité et un lourd fardeau. Elle se sentait sous pression, et avait quelque fois peur de tomber enceinte sans avoir eu des rapports sexuels. Ne voulant pas du tout décevoir ses parents, elle gardait bien ses distances vis-à-vis des garçons. « *Ma mère n'arrêtait pas de me le répéter tous les temps. C'était presque une persécution, elle scrutait mes tenues, pour elle, fallait s'habiller comme une nonne. Les tenues qu'elle jugeait trop sexy, étaient directement envoyées à la poubelle. Je commençai d'ailleurs à détester le fait d'être une fille* ». D'après elle, sa mère était très dure en matière d'éducation. Alors qu'elle était très laxiste vis-à-vis de son frère. Elle trouvait cela

injuste. Seul, son père, la comprenait, ils partageaient ensemble un certain nombre de valeur, comme le sens des études, le travail et l'autonomie. Pour elle, c'était une relation fusionnelle « *il était tout pour moi, c'était un père merveilleux, un confident, peut être ça peut vous paraître bizarre, mais nous étions comme des potes* ». Inversement à sa mère, qui se comportait envers elle comme « *un flic, devant un délinquant* ».

Sur le plan *Scolaire* : Très bonne élève, depuis l'élémentaire jusqu'à l'entrée à l'université. On l'avait d'ailleurs fait sauter une classe. Après le décès du père, elle avait dû arrêter les études pendant un temps avant de les reprendre: « *je n'arrivais plus à me concentrer, tout était confus dans mon esprit, je souffrais à l'intérieur de mon corps* ». Actuellement, elle est étudiante en fac de droit où elle vise de devenir « *avocate, car j'ai soif de la justice et de la liberté* ».

1.2.Motif de consultation

Patiente transférée du service de médecine interne à celui de CPPM pour meilleure prise en charge. En effet, elle avait été admise pour amaigrissement extrême, vomissement, propos incohérent, agitation, prolifération d'insultes à l'endroit de la mère et des responsables d'église (« *les églises sont remplies d'une bande d'hypocrites, malades, ils m'ont rendu malade, mais pourquoi tant d'injustice* », « *...bande d'assassins, de criminels...tchrrrr...* ». « *Si Dieu existe, alors il vous voit* », « *cette femme-là, est une sorcière, c'est une menteuse, hypocrite, yacameto (idiot)...* », « *Je suis garçon manquée, je suis libre...* »), chants et danses traditionnelles, chant de la musique rap, cris et agressivité verbale. Ancienne patiente de la médecine interne (deux hospitalisation pour accès palustre en un an).

1.3.Antécédents personnels et familiaux

Sur le plan personnel, trois hospitalisations en un an pour un paludisme sur fond d'éthylisme chronique. Aucun antécédent, ni psychiatrique, ni chirurgical, signalé à la date de l'entretien.

Sur le plan familial, aucun antécédent psychiatrique, ni chirurgical, remarqué côté famille paternelle, mais un antécédent médical côté maternel (Frère de la mère opéré d'une prostate).

1.4.Anamnèse ou histoire de la maladie

Première hospitalisation survenue à 25 ans, en médecine interne, pour un accès palustre et amaigrissement. Il est survenu de façon insidieuse, avec l'apparition de la fièvre, le vomissement, fatigue générale et lourdeur de la tête. Traitée à base des médicaments

antipaludéens (Artéméther+lumefantrine) et des vitamines B (Vit-B-Denk). Le médecin lui demande de se faire suivre pour son problème d'alcool.

Deuxième hospitalisation, survenue trois mois après la première, avec la même symptomatologie.

Troisième hospitalisation, cette fois plus sévère, d'installation brutale, sur fond d'agitation, de logorrhée, et de délire. Elle a été référée à la CPPM, pour une meilleure prise en charge. Mais avant d'être amenée au CHU-campus, elle avait été conduite par sa mère dans leur église pour une séance de délivrance à cause de l'apparition du **délire et de la logorrhée**. La mère croit que c'est d'origine mystique.

Selon la mère, elle s'est rendue compte que sa fille buvait qu'au cours des fêtes de fin d'année (25 & 31 Décembre 2014 et 1er janvier 2015). Mais pensait que c'était juste passer et occasionnel. Sa fille était très irritable les matins. Elle a commencé à s'inquiéter le jour où elle a trouvé dans la chambre de la patiente, des bouteilles de « *Sodabi* », boisson locale, très alcoolisée. Elles sont allées ensemble, voir le pasteur de son église, où une prière a été dite. D'après ce dernier, la patiente serait possédée par l'esprit de sirène « *mami water* », qui la pousse à boire. Selon toujours les interprétations du pasteur, la patiente serait impliquée dans un conflit mystique, qui l'oppose aux esprits de sirènes. Il pense qu'elle a fait quelque chose ou a plutôt subi quelque chose, la liant ainsi à l'esprit de sirène. L'addiction serait selon ce dernier un signal de la souffrance. Il leur recommanda un centre de prière très réputé en matière de délivrance. La patiente et sa mère suivirent à la lettre les recommandations du pasteur. A leur retour, elle ne buvait plus, tout semblait rentrer dans l'ordre. Mais subitement, la patiente ne lui adressait plus la parole, devenait de plus en plus éloignée d'elle. Elle replongea dans l'alcoolisme. Elle boit tous les jours. Un soir, elle rentra ivre à la maison, non seulement parlait beaucoup mais aussi les choses qu'elle disait n'étaient pas cohérentes. Elle proliférait des insultes à l'égard de la mère. Face à ce changement, la mère recourut au service du révérend pasteur. Mais vue, l'ampleur et l'évolution des symptômes notamment, le délire, l'excitabilité, la logorrhée, menaces verbales, elle fut amenée en urgence porte au CHU-Campus.

Pour la patiente, les débuts d'entrée dans l'alcoolisme remontent à ses 22 ans. *« J'avais du mal à bien dormir. Ça faisait longtemps que j'ai un sommeil agité ; j'ai parfois des difficultés à me rendormir après un réveil, les fois où je dors je faisais des rêves effrayants. J'ai appris que l'alcool pouvait aider à mieux dormir, surtout à oublier les choses qui m'énervent. Et*

voilà ...Mais avant la survenue du dernier épisode, malgré mes prises d'alcool, je dormais très mal, les matins je devenais très nerveuse, je me sentais très mal. Le pire, je ne supportais plus ma mère qui à longueur de journée, me traitait de sorcière, de pute, avec ses histoires d'église et donneuse de leçon ».

D'après ses dires, elle a commencé par le « *Sodabi* » (boisson locale très alcoolisée), avant de s'étendre à toutes les boissons alcoolisées qu'elle pouvait trouver. Au début, ne buvait que le soir au couché pour pouvoir dormir.

Evènements marquant de vie : Père assassiné sous ses yeux, à leur domicile, deux fois victime de viols. Après la survenue du premier viol, personne ne l'a crue, même pas sa mère. Elle a été au contraire accusée de « *menteuse, manipulatrice et d'être possédée par la sirène, mami water* ».

2. Hypothèse diagnostique

Au regard de la symptomatologie et de son histoire, nous pensons à un syndrome de complication alcoolique, ou intoxication alcoolique, ou encore appelé par la DSM V, trouble psychique induit par la consommation d'alcool. Tout ceci sur fond de plusieurs syndromes du stress post-traumatique.

En matière de diagnostic différentiel, cela pouvait faire penser une bouffée délirante aiguë, mais compte tenu de ses antécédents avec l'alcool cette hypothèse est vite abandonnée. Le diagnostic en faveur d'un trouble psychique dû à un processus inflammatoire, ou à un neuropaludisme ou palu grave, ou encore à un processus infectieux fut rapidement infirmé après la réalisation des examens et bilans médicaux qui se sont avérés normaux.

3. Hypothèse de recherche

H1 : L'angoisse du syncrétisme religieux semble expliquer la déconstruction narcissique chez la patiente.

H2 : L'absence des rituels du trauma et deuils semble provoquer la souffrance, synonyme d'empêchement chez la patiente.

4. Approche des processus psychiques

4.1. Dimension concrète

A la première consultation, Py était toujours hospitalisée mais ne souhaite pas du tout voir un thérapeute, car selon ses propos : « *je ne suis pas une folle, pourquoi voir un psy. L'endroit*

n'est pas adapté pour résoudre mon problème ». Le médecin l'informa, que tant qu'elle n'accepte pas voir un psy, elle ne sera pas exécutée. Elle accepta, de nous voir à condition d'être libérée à la fin. Dès notre première rencontre, sans aucune présentation, elle dit dès son entrée dans le bureau de consultation : « *je suis là, pour éviter que votre collègue le médecin m'empêche de sortir. Alors que voulez-vous savoir ? Dites-moi pour qu'on en finisse pour de bon* ». Tout au long, de l'entretien, elle avait la tête baissée, toujours sur la défensive, très agressive vis-à-vis de la mère. Ailleurs nous notions, un amaigrissement dû éventuellement à une mauvaise alimentation. Sur le plan expression affective et émotionnelle, nous constatons, tantôt très expressive avec des gestes et mimiques exagérés, tantôt complètement détaché, comme inhibée. Son apparence physique, lui donnerait un âge plus élevés que celui réel. Nous lui expliquons ce que c'est que la psychologie, la fonction du psychologue, son rôle dans une institution hospitalière, et ses méthodes, sans trop rentrer dans le détail. Vu qu'elle se montrait réceptive, pendant une demi-heure, les thèmes autour de la maladie, de la santé et enfin de l'hospitalisation furent abordés. A la fin de l'entretien, elle nous demanda : « *souhaitez-vous me revoir pour d'autres échanges, ou pour en savoir plus sur moi, sur la vie de Py ?* ». Nous lui retournons la question. Avant de quitter notre bureau elle nous demanda un temps de réflexion, « *je prendrai contact avec vous* ».

Lors des autres entretiens, nous relevons chez la patiente une envie de parler, très loquace mais en même temps colérique, parle très fort, tenues vestimentaires négligées. L'évocation des événements douloureux comme la tuerie du père et les viols sont décrits avec détails. Elle se montre ambivalente, tantôt pense être abandonnée par son père, tantôt pense l'avoir plutôt abandonné. Les sentiments vis-à-vis des viols sont aussi contradictoires. D'une part, elle se pense être « une victime » sans défense, ni protection et abandonnée à elle-même. D'autres parts, elle accuse la mère d'être responsable de ce qui lui arrive, de ne l'avoir pas protégé, et en veut à cette dernière de l'avoir privée des rituels de deuils après la mort du père. Elle croit que tout a un lien avec cette rupture. « *Je suis la seulement sans protection, à cause de ma mère, nous avons rompu le contrat avec les ancêtres. Je n'ai plus personne derrière moi, tout peut m'arriver. Ma vie a dégringolé, j'ai l'impression d'être devenue une poubelle, je me sens profondément sale à l'intérieur* ». Elle fait une fixation sur la pratique des coutumes ancestrales et notamment sur le lien divin. Enfin, la patiente pense que ses problèmes avec l'alcool traduisent un état de conflit, la colère des ancêtres.

La patiente dit avoir en permanence des flash-backs (l'image du père s'effondrant sur le sol, ou encore le sang, le dernier regard du père, et les yeux ouvert du cadavre du père) et les cauchemars.

Nous avons choisi approfondir l'analyse des processus psychiques avec le test projectif de Rorschach. Ce qui nous a permis d'appréhender l'organisation fonctionnelle, la nature des conflits, le type d'angoisse, mécanismes de défenses.

4.1.1. Protocole de Rorschach de Py. 25 ans

		REPOSES	ENQUETE	COTATION
I	27'' 1'55''	Cette image peut ressembler à : 1. Oiseau 2. Papillon 3. Chauve-souris 4. Agouti	C'est en considérant toute l'image c'est-à-dire la forme en noir. Je n'aime pas (les 4)	1=GF+ A Ban 2=G F+ A 3=G F+ A 4=G F+ A
II	12'' 1'53''	1. On peut dire 2 éléphants qui se battent, ils sont blessé (sang) 2. Deux marionnettes qui dansent 3. Un trou vide au milieu	1. Forme noire éléphants en guerre, sang en rouge 2. FN : marionnettes dansent du zouk en rouge amour 3. trou bizarre ressemblant à un chapeau paille en blanc	1=GZ Kan+ A sang 2=G F+ Objet 3=Dbl+/- trou
III	2'' 2'41''	1. C'est 2 femmes qui se disputent ...avec saignement (sang) ou 2.2 danseuses qui dansent et saignent 3.2 personnes qui s'amuse 4. En rouge des papillons	1&2. Ens. de l'image, forme humaine, et autres partie en action (bras, pieds décroché), seins en l'air 3&4. Forme noire 2 personne et papillon au milieu en rouge	1=G KC+ H Ban (sang) 2=G KC+ H 3=D K+ H 4=D F+A ban
IV	4' 4'37''	1. C'est une chauve-souris ou 2. Souris énorme très noire 3. Ou encore un monstre	L'image dans son ensemble est effrayante et imposante, avec cette forme noire. C'est dégoûtant	1=G F+ A 2= G FC'+ A 3= G Fclob+/- (A)
V	11'' 2'40''	Ça ressemble à soit un 1. Oiseau 2. Un Papillon ou à 3. Un Aigle	1&3. Je vois les deux ailes et des pattes, une tête avec bec 2. ailes et antennes	1-G F+ A 2-G F+ A Ban 3-G F+A
VI	3'' 37''	1. C'est le sexe d'un homme vers le haut 2. Ou encore un monstre 3. Vous voyez, c'est tête de serpent	1. Vers le haut, ligne médiane supé, testicule et pénis (forme) 2. Si on considère l'ensemble l'image 3. Le petit bout partie supérieur médiane	1=Dd F+ sex 2=G F+/- (H) 3= Dd F+ Ad
VII	3'' 3'47''	Ça ressemble : 1. Le Sexe de fille 2. deux personnes qui font l'amour 3. Nuage dans le ciel 4. Ou encore un Soutien-gorge	1. Partie médiane sup. tiers inf. (orifice plus lèvres et le clitoris juste en bas) 2. Uni au niveau de la hanche 3. Mélange de noir au blanc 4. L'ensemble de l'image avec agrafe	1= D F+ sex 2=GK-H, scène 3=GF+/-Nature 4=G F-Obj/sex
VIII	2''	Ffff, c'est peut-être :	1. Animaux sur les côtés	1=Dd kan+A ban

	3'17''	1. Animaux montant sur un arbre 2. Grenouille disséquée 3. Décollage d'une Fusée	montant l'arbre 2. C'est écarté et je vois l'intérieur avec les Côtes et os du milieu 3. L'ensemble feu en bas	2=G F- A → Anat 3=G Kob C+ Obj
IX	7'' 51''	1. C'est une fleur avec différentes couleurs ou 2. Deux escargots qui font... se reproduisent	1. A cause des couleurs et de la présentation 2. Ils sont collés l'un à l'autre, je vois leur tête vers le haut, carapace de chaque côté (toute l'image)	1= G CF+ Bot 2= G Kan - A
X	18'' 47''	Soit c'est : 1. La Tour Eiffel ou une 2. Fleur sauvage de montagne	1. C'est la forme et cette hauteur dominante 2. L'aspect morphologique et couleur (1 et 2 toute l'image dans son ensemble)	1= G F+ Arch 2= G FC- Bot

4.1.2. Psychogramme

Psychogramme Py, 25 ans			
Production	Appréhension OU Localisation	Déterminants	Contenus
R = 31 Radditives= 0 TTotall= 23'05'' TLM =8,9''	G = 24 /77% D = 3 /10% Dd = 3 /10% Dbl = 1 /3% Do/Di = 0/0%	F+ = 14 F- = 2 F+/- = 3 F% = 61% F% élargi = 94% F+% = 82% F+% élargi = 76% FC= 0 FC' =1 FC- =1 FC+/-=1 CF= 4 C'F = 0 C= 0 C' = 0 FE=0 FClob +/- = 1 EF=0 ClobF = 0 E = 0 Clob = 0 K= 1 K- = 1 KC+ = 2 Kan+ = 1 kan- = 1 kanC = 1 kp = 0 kob = 1 TRI=4/3,5 (k>c) Fle.Compl : 4/0 RC% = 23%	A= 14 Ad=1 (A)=1 A/H= 0 A% = 43% A%élargi= 46% H= 4 Hd= 0 (H)= 1 H/A=0 H% = 11% H%élargi= 14% Anat= 1 Sg= 2 Art= 0 Sex= 3 Abs= 0 Elt= 0 Nature= 1 Frag= 0 Alim= 0 Géo= 0 Bot= 2 Pays= 0 Obj= 3 Symb= 0 Sc=1 Arch= 0 Hd+Anat+Sg+Sex=6
Phénomènes complémentaires : Refus= 0 Chocs+ Blocage= 1 Ban=5 B= 6 B&P= 0 P= 4 IA%= 17% ; Choix + : V et X Choix - : II et III			

4.1.3. Analyse complète des processus psychique

Eléments quantitatifs et qualitatifs

Le nombre de réponses données dans le protocole se situe dans la norme de production (R= 31). Il apparait une verbalisation très abondante avec des réponses courtes, directes et parfois très peu articulée marquant ainsi l'expression du choc. Le temps de latence trop court aux

planches III, IV, VI, VII et VIII, mais avec un temps de passation à ces planches relativement élevé, semble tout de même indiquer un ralentissement, ou un freinage dans les processus d'élaboration psychique dû peut-être au vécu pénible et au choc.

Analyse des facteurs

I. Processus cognitifs et intellectuels

Nous constatons, le nombre élevé des G (77%), pouvant ainsi traduire que Py, dispose des capacités à appréhender les situations dans leur entièreté, mais aussi se préoccuper des détails (D=3, Dd= 3, et Dbl=1), en mobilisant toute fois ses processus rationnels. Elle dispose des capacités pour s'adapter au monde extérieur. Elle présente aussi de très bonnes capacités en termes d'élaboration mentale (K=4) et la présence d'un mécanisme de socialisation de la pensée (Ban=5). Le fonctionnement psychique de Py semble riche en ressources, tant sur la productivité intellectuelle (R élevé (31), que la variété des contenus, A% proche de la moyenne). IHC/IDC (8%/0), montre également chez Py une harmonie cognitive.

II. Facteurs de socialisation et rapport au réel

F% comparable à la norme, A% proche de la norme, renvoie à une appréhension suffisante de la réalité. Py, semble capable de tenir compte de la réalité et de faire preuve d'une adaptation sociale satisfaisante. Mais F% élargi très élevé (94%) par rapport à la norme, pourrait signifier une tendance à contrôler les affects via mécanismes rationnels pour les contenir. H= 4, en majorité associée à une bonne qualité formelle et la présence des réponses K=4, semble indiquer les capacités de Py à s'identifier à une image humaine et à interagir avec autrui. Ailleurs la présence des contenus H, de bonne qualité, associée à (H), traduit la richesse d'une vie imaginaire et fantasmagique.

III. Dynamique conflictuelle et affective

Le TRI chez Py est extratensif et proche embiéqual (4/3,5 ; donc $K > C$). Il semble de ce fait certifier d'un possible équilibre affectif, d'une capacité à gérer des pulsions et angoisse, de mentaliser les conflits. Mais la Fc (4/0, $k > 0$), traduit la place de l'imaginaire dans le quotidien de Py, ce qui dénote une certaine immaturité des besoins. Les réponses K à prédominance F+, et dans une dynamique active, dénote que chez Py, les charges pulsionnelles et fantasmagiques sont fortes, et traduit ainsi l'élaboration des conflits. Les contenus de réponses H sont bien identifiés et bien réels, ce qui nous conduit à penser que les processus d'individuation et d'identification sexuelle sont bien acquis par Py. IA=17% sensiblement supérieure à la norme

et l'existence des chocs au rouge (sang), traduisent chez le sujet l'angoisse concernant l'intégrité corporelle et l'émergence des pulsions agressives fortes mais n'entravant pas l'adaptation à la réalité. Par ailleurs l'indice de Barrière/Pénétration de Fischer et Cleveland est égal 6B/4P, Alors que le rapport se situe entre 2B1P. Nous notons ainsi la prédominance des contenus à réponses Barrière. Ce qui nous amène à penser que Py, utilise l'enveloppe corporelle comme membrane de surprotection et d'isolement mais fragile (confère trauma sexuel).

IV. Analyse planche par planche

Planche I

Malgré la présence du choc à l'entame de la planche, le temps de latence légèrement supérieur à la norme, Py dispose de très bonnes capacités d'adaptation aux situations extérieures. Elle est capable de mobiliser ses ressources face aux nouvelles situations et à la rencontre avec l'inconnu. L'image du corps et l'identité de base semblent bien structurée chez Py, les contenus des réponses sont reconnus dans leur intégralité, totalité et référence à l'aspect massif de la planche. Toutes les réponses ont un caractère vitalisé, mais avec l'expression d'une crainte, (peur des papillons car métamorphose des chenilles, peur des chauves-souris et agouti à cause de leur dangerosité contagieuse, porteur de maladie virus de la rage pour la première, et le virus d'Ebola pour le second), peut évoquer d'une part l'angoisse d'allure phobique, et d'autre part le vécu inconscient de la figure maternelle dangereuse et dévorante, traduisant ainsi l'angoisse de castration.

Planche II

A cette planche, Py montre des capacités de perception dynamique, cependant l'existence de la kinesthésie (« deux éléphants qui se battent, ils sont blessés, sang ») montre que les pulsions agressives peuvent être élaborées par le sujet. Cela traduit aussi l'anxiété suscitée d'une manière générale à cette planche. Elle semble refouler le désir de fusion soi- autre : « **deux** éléphants qui se battent... », « **Deux** marionnette qui dansent » dénote essentiellement la liaison des pulsions agressives et libidinales traduisant ainsi une érotisation des relations. La perception du vide « un trou vide au milieu », par le sujet semble faire référence à la féminité-maternité, renvoie à la problématique de castration.

Planche III

Py montre à cette planche des capacités de perception et d'identification à l'espèce humaine. Elle semble être dans une dynamique d'interaction, présence de kinesthésies actives et humaines. L'existence des kinesthésies et des contenus humains, signent chez Py, une bonne structuration quant à l'identité de base et celle sexuée. Le contenu de la première réponse, « c'est deux femmes qui se disputent...avec saignement (sang) », semble indiquer une mise à l'écart, un mode d'isolation défensif face à l'émergence des pulsions agressives qui d'ailleurs ne fonctionne pas. Elle tente sans succès à gérer cette émergence pulsionnelle « deux danseuses qui dansent et saignent ». La confrontation à la couleur rouge semble provoquer des affects négatifs chez elle. La troisième réponse du sujet « deux personnes qui s'amuse », semble faire écho à la problématique narcissique. Mais le fait qu'elle passe de l'agressif au ludique, semble évoquer une diminution des pulsions agressives, un recul d'implication. Cet état de chose nous conduit à penser que Py semble canaliser ses ressources pour faire face à la dynamique relationnelle.

Planche IV

A cette planche, le sujet donne des réponses toutes crues, ce qui semble indiquer l'évidence du choc au noir, et à la figure d'autorité. La figure paternelle semble mal dégagée d'une image maternelle dangereuse, menaçante et repoussante. Cela semble susciter des projections sur des contenus animaux angoissants (sa réponse à l'enquête, « l'image dans son ensemble est effrayante et imposante, avec cette forme noire, c'est dégoûtant »), traduisant une angoisse phobique.

Planche V

Perception des contenus de réponses dans leur entièreté avec une bonne qualité formelle, nous amenant à penser que Py est capable de s'adapter et d'appréhender la réalité extérieure. Elle a une identité bien structurée avec assises solides (une banalité). Le contenu oiseau s'y prête à l'aigle, en référence au symbole de puissance. Cela nous amène à penser à une éventuelle quête de l'image puissante d'elle-même, voire masculine.

Planche VI

La première réponse renvoie à un mécanisme d'évitement (Dd), qui peut traduire une incapacité du sujet à affronter le trauma. Malgré tout, Py semble percevoir l'appendice

phallique (« sexe d'un homme, vous voyez c'est tête de serpent ». Cette confrontation au symbole du phallus, réactive un vécu traumatique, difficile à gérer. La deuxième réponse à cette planche « Ou encore un monstre », confirme notre hypothèse d'un trauma en référence au rapport à l'homme comme objet libidinal.

Planche VII

Présence d'engramme humain « deux personnes qui font l'amour », référence à la féminité « le sexe de fille », « ...soutien-gorge ». Cela montre que le registre sexuel féminin est perçu. Cependant l'érotisation crue de la réponse sexuelle informe qu'elle n'a pas atteint la phase de la génitalité. Les deux premières réponses de planche « le sexe de fille », « deux personnes qui font l'amour », semblent s'évaporer dans la troisième réponse « nuage dans le ciel », cela nous amène à penser éventuellement aux vécus et représentations négatifs inconscients des affects vis-à-vis des imagos maternelles. C'est pourquoi Py tente d'étouffer ceux-ci via l'annulation. Mais la dernière réponse indique un réinvestissement de l'image féminine et maternelle.

Planche VIII

Le sujet au début de la planche (première réponse « animaux montant sur un arbre »), montre ses capacités à s'adapter face au monde extérieur (Banalité), mais semble par la suite avoir des difficultés à canaliser ses affects. Les sollicitations extérieures semblent être balayées par une angoisse. Les rapports avec le monde extérieur et les affects fragilisent l'enveloppe protectrice « Grenouille disséquée ». La dernière réponse « décollage d'une fusée », traduit le symbole phallique et viendrait cependant compenser cette fragilité.

Planche IX

L'érotisation des réponses données à cette planche « ...fleure avec différentes couleurs » et « deux escargots...se reproduisent », font référence à la symbolique sexuelle féminine. Ce qui paraît indiquer que Py a investi la relation à l'imago maternelle.

Planche X

La dernière planche du protocole semble susciter chez Py des réponses en référence au symbole du phallus « Tour Eiffel », ou de l'identité féminine « fleur sauvage de montagne ». Le symbole de phallus perçu par le sujet provoque chez elle une réactivation légère des pulsions agressives.

V. Synthèse

Py a des capacités de perception et d'adaptation au monde extérieur. Elle dispose d'une bonne capacité en termes d'élaboration mentale, avec une abondante productivité intellectuelle et une harmonie cognitive. Elle a aussi des capacités d'adaptation à la réalité dans son intégralité et à interagir avec son environnement social. Les processus d'individuation et d'identification sexuelle semblent être bien acquis par le sujet. Le rapport dans les relations avec autrui semble activer une émergence pulsionnelle face au quelle Py éprouve des difficultés à canaliser et à gérer. La présence des chocs-couleur, chocs au Noir, des réponses complexuelles (« Monstre.. », « très effrayant », « ...tête de serpent »), traduisent l'expression du sentiment de peur, de frayeur et d'angoisses sexuelles. La problématique concerne ici tant l'économie narcissique que l'identité sexuelle. Nous notons la présence d'anxiété lors du passage du test, presque à toutes les planches. La problématique sexuelle semble induire l'angoisse, impliquant la mise en place des mécanismes défensifs appartenant à différents registres.

VI. Mécanismes de défenses

La présence des réponses vagues (II, III, VII, VIII) et des chocs aux couleurs, au noir et au rouge traduisent le refoulement. Py cherche à repousser et a dans l'inconscient des représentations psychiques liées à l'émergence des pulsions, des sentiments, de souvenirs désagréables et pénibles.

Les G% et les K sont augmentés, signant ainsi le mécanisme d'intellectualisation, qui est une mise à distance d'émotions et des conflits intra et inter psychiques.

La présence des réponses crues aux planches VI, VII, IX, nous amène à penser à une légère émergence des processus primaire pour fuir la réalité.

Ailleurs nous notons une labilité émotionnelle et affective avec une prégnance phobique.

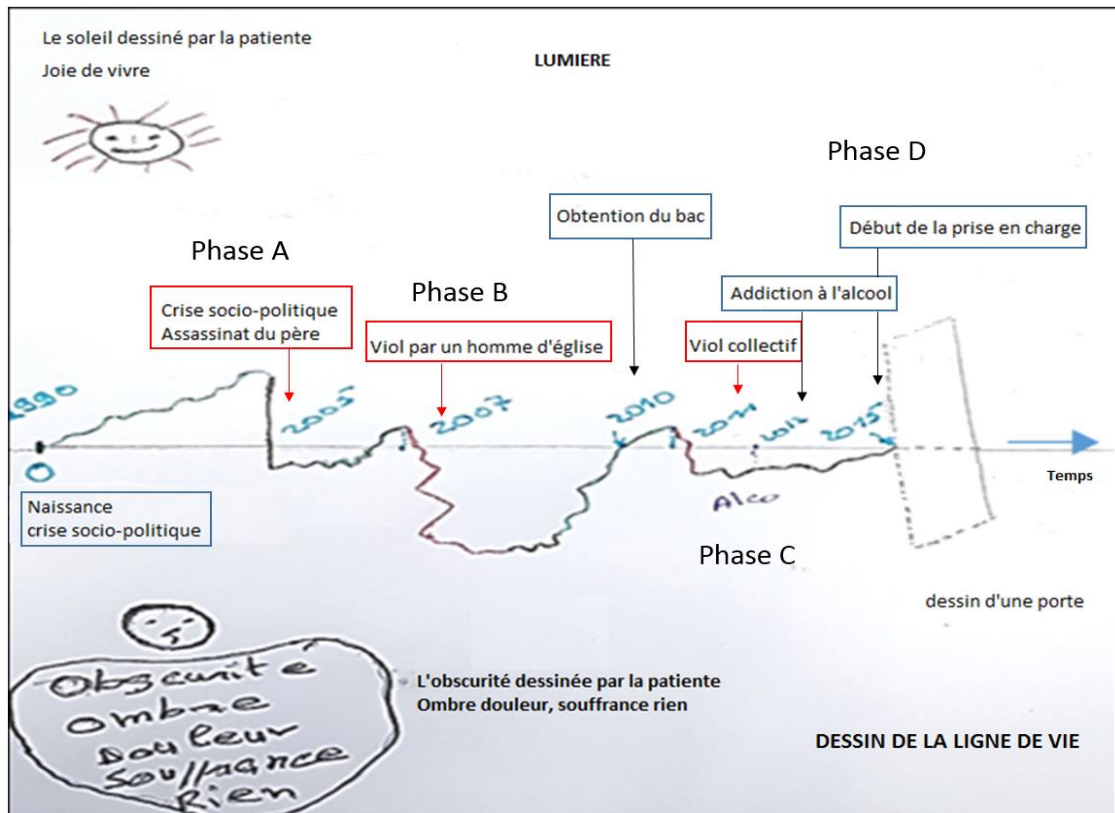
Du point de vue dynamique, le conflit semble opposer les instances du ça à celle du surmoi (alternance des K et des F, reconnaissance du caractère sexuel). Ailleurs $CF > C$ (4/0) et $FC < C + CF$ (3<4), dénote qu'il existerait un lien libidinal mais faible avec une affectivité égocentrique et instable.

En définitive, tous ces éléments nous amènent à penser à un fonctionnement ou à une personnalité névrotique mis à mal par les multiples traumatismes qui ont entraîné l'effraction Moi-Peau et empêché l'accès à un fonctionnement génital « normal ». Il peut aussi s'agir d'un

fonctionnement afférent en état limite. Py semble bien posséder des capacités de résilience face à l'adversité.

4.2. Subjectivité de la patiente

4.2.1. Dessin de ligne de vie



Analyse du dessin de la ligne de vie :

Le dessin dans sa globalité comporte quatre phases avec six événements marquants. Tout d'abord, l'ensemble du dessin est divisé par un trait horizontal en deux grandes zones. Vers le haut, il s'agit de la partie éclairée par les rayons lumineux, comportant un smiley joyeux, qui exprime selon la patiente la « joie de vivre, c'est pourquoi il y a la lumière ». Vers le bas, nous constatons que la partie est un sombre, comportant un smiley triste et presque nerveux. Celle-ci selon Py exprime « l'obscurité, l'ombre, la douleur, la souffrance et rien ».

1990 : Naissance de Py dans un contexte de crise socio-politique dominé par les violences ethniques et politiques occasionnant plusieurs victimes de morts, des milliers de déplacés et

blesés avec des séquelles très diversifiées. Elle nous dira : *« je commence ma vie dans ce monde, dans la tristesse, et la peur. Ma mère disait avoir fui les violences trois jours après ma naissance pour kara (ville d'origine de la mère), car les kabyès étaient attaqués au Sud par les évés et vice versa. Mon père étant militaire, et surtout appartenant au clan du parti au pouvoir, nous étions la cible de toutes les attaques. Notre famille était un peu séparée, mon père resta seul à la capitale, pendant que ma mère et moi restâmes au Nord. Nous l'avons rejoint qu'un an plus tard, après que la paix soit revenue ».*

2005 (15 ans): Phase A, marquée par l'assassinat de son père par un groupe de cinq personnes cagoulées, dont elle est témoins. Pour elle : *« c'était très insupportable de regarder mon père, subissant les coups de machette de ces hommes, impuissante et incapable de crier. C'est difficile d'en parler. C'est la première fois que j'en parle à quelqu'un. Tout était arrivé très vite ; c'était mardi, il sonnait environ 17h30, lorsque mon père arriva devant mon lycée pour me prendre à la sortie. A notre, arrivée à la maison, ma mère et mon petit frère étaient absents (ils étaient allés à l'église). J'étais allée dans ma chambre pour me changer, à mon retour mon père était déjà au salon, regardant la télé. C'est alors que nous entendîmes un bruit venant de notre porte de clôture. Mon père alla pour voir, mais revint sur ses pas me demandant de me cacher. Je réussis à me glisser derrière le rideau. Cinq hommes rattrapèrent mon père au salon, lui donnèrent des coups de machette sur la tête et dans le ventre avant de se sauver par le mur donnant vers des terrains inhabités. Je tentai d'aider mon père à arrêter l'hémorragie en attendant l'arrivée des secours, ... (long silence et pleures). Il mourut dans mes bras. J'étais tellement choquée, que je n'arrivais plus à parler. Ma mère et mon frère arrivèrent deux heures après la mort de papa. On m'amena à l'hôpital, malgré les médicaments je ne réussis pas à dormir cette nuit. Je revoyais, tourner en boucle des images de père se débattant avec ces hommes. Depuis ce soir-là, mon esprit a quitté mon corps. Toutes mes nuits sont hantées par les visages de violences, des images de mort atroce, cauchemars sur cauchemars. Tout me faisait peur. Je passai de fille joyeuse à fille coincée et triste. Pendant un an je n'arrivais pas à gérer le deuil de mon père, je me sentais submergée par les choses et en même temps très seule...mais c'est très dur à vivre comme ça. J'avais mal partout, et pour tout. Ce qui était encore difficile, c'était l'opposition de mère à me laisser aller au village pour faire les rituels malgré l'attachement de mon père à la tradition de chez nous. Dans mon cas, il m'en fallait deux, car vu que j'ai échappé à la mort, il fallait que je fasse celui de la purification en vue d'effacer les scènes d'atrocité et d'horreur que j'ai vécues. Le second concerne les rituels de deuil qui doivent être fait quand on perd un être très cher.*

Pour ma mère, c'est impossible, à cause de sa reconversion au christianisme. Elle me présenta au pasteur de son église. Pour elle, j'étais seulement une adolescente perturbée par le décès de son père et l'absence d'un visage masculin, donc d'autorité. Ce dernier réussit malgré tout à m'appivoiser. Il savait écouter, et surtout était très attentionné. Malheureusement, ce monsieur était un prédateur sexuel ; dommage pour moi, c'est la faute de ma mère... ».

2007 (17 ans): Phase B, pour la patiente, c'est la phase la plus pénible de sa vie. Sur le dessin, on constate une émergence vers la zone de lumière. Mais l'effondrement à cette phase a un « nom » et une « explication » selon les dire de Py : *« j'eu une confiance aveugle en cet homme d'église. Il nous recevait en entretien selon la demande de tout un chacun. J'avais bien repris mes études grâce au soutien de ce monsieur. Il prétendait interpréter les rêves. Je pris un rendez-vous pour lui faire cas d'un rêve un peu troublant que j'ai fait la veille. Malheureusement mon rêve s'accomplit dans le bureau de ce monsieur ».* Elle marqua un silence comme si pour chercher des forces, un regard absent, quelques gouttes de larmes coulèrent sur ses joues. Un grand silence s'installa entre nous, puis d'une voix un peu tremblante elle réussit à dire : *« j'ai été violée sexuellement ce jour-là par ce soi-disant homme de Dieu ».* *« Plus dur encore, il me reproche de l'avoir provoqué avec ma tenue, et me menaça en disant qu'il me nuirait si j'ose raconter cela à quiconque. Je me sentais anéantie, humiliée, souiller dans ma peau. Ce qui me fit encore plus mal, c'est la réaction de ma mère. Imaginer, j'ai mis trois jours avant de lui parler, malheureusement elle ne me croyait pas. Et pour elle, même c'était le cas, j'étais responsable de ce qui m'étais arrivée ».* En nous décrivant cette phase, elle nous révéla avoir tentée de mettre fin à ses jours *« Pendant des semaines voir un mois, tout était confus dans ma tête, j'avais vraiment envie de disparaître. Alors après avoir pris demi-litre de sodabi, je m'ouvris une veine. Je me retrouvai au réveil à la clinique. Je n'en pouvais plus de vivre comme ça. J'étais devenue la fille à problème pour ma mère et son entourage. Elle n'hésite d'ailleurs pas à dire que je suis une sorcière, c'est à cause de moi qu'elle a perdu son mari. Selon ses dire je suis poursuivi pas les mami water ».*

2010 (20 ans): phase positive, marquée par l'obtention du baccalauréat. Elle croyait malgré tout à un avenir meilleur. Elle pense plutôt s'adonner à ses études. C'est le seul domaine où elle n'a pas été déçue.

2011 (21 ans): elle a encore été une fois de plus victime d'un viol collectif. *« J'avais cours jusqu'à 19h, mais à la sortie, je pris un raccourci pour vite arriver, c'est alors que trois hommes surgirent de nulle part. Tout se passa tellement vite que je n'ai pas eu le temps de*

penser à ce qui m'arrivait. J'avais eu une déchirure, et je n'arrivais plus à marcher, mais j'étais consciente. Fort heureusement, un zémidjan (taxi moto) m'amena à l'hôpital. En dehors des plaies, j'avais l'impression comme si tout était normal. Elle nous signale avoir fait une semaine plus tard des cauchemars à contenus persécutifs : « ...dans mes rêves, soit j'étais poursuivie par un chien ou des chiens, soit des serpents, ou encore par une personne portant un masque avec une épée ». Selon ses dires, elle pense être habituée à la souffrance et à la douleur. En dehors du fait qu'elle soit toujours irritable, en colère, tout semble être « suspendu ». « Je n'arrivais plus à ressentir vraiment les choses, je suis réduite à l'immobilisme, les seules sensations que j'avais c'était rien c'est-à-dire un vide total mais prolongé ». Elle découvrira quelque chose qui lui permettra de s'accrocher à la vie : l'alcool.

2012 (22 ans): Année d'entrée dans l'alcoolisme. *« Un jour, réveillée comme d'habitude par un cauchemar, j'allumai la télé. En regardant une série américaine « shameless », le personnage Frank Gallagher de l'acteur William H. Macy, j'eus une envie qui s'empara de moi, celle de boire. Je trouvai l'alcool dans le salon. Au début je buvais pour bien dormir et ne pas me souvenir des rêves. Plus le temps passait, je me rendis compte que sous l'emprise de l'alcool, je pouvais affronter ma mère, surtout lui faire mal. Elle se prend comme une personne parfaite, une sainte. Je me sens exister, je peux dire et faire tout ce que je veux. On peut socialement m'identifier. Plus je bois, plus ma mère se sent très embarrassée et humiliée par ma conduite. Malgré la dégradation de mon état de santé, je ne puis m'empêcher de boire. Cela ne m'inquiète guère, je sais qu'un jour ce sera la fin. Mais pour l'instant, je sais que j'emprunte une voie de la mort douce, pour mettre fin à mes douleurs ».*

2015 (25 ans): Phase D, marquée par trois hospitalisations sur fond de complication alcoolique. D'après la patiente, ces hospitalisations lui ont permis de renouer avec son oncle paternel avec qui sa mère s'était brouillée à l'enterrement de son père. Elle essaie d'arrêter de boire grâce au soutien de son oncle et son petit frère. Hier l'alcool apparaissait comme libérateur, mais aujourd'hui, cette substance est perçue comme destructrice. Selon elle, c'est la phase de prise de conscience et la volonté de vivre. *« Je veux me tourner vers l'avenir. Je pense que notre rencontre est un signe de Dieu ».*

Elle finit le dessin par une porte. Selon elle, c'est la phase de changement, de rupture avec son passé. Mais elle a peur d'échouer, de ne pas pouvoir franchir cette porte. L'alcool la bloque.

A la fin de ses commentaires sur le dessin, elle nous dit « *N'labalè* » c'est-à-dire « *merci* ».

Synthèse et analyse du dessin de la ligne de vie

Le dessin dans son ensemble, retrace l'histoire personnelle et familiale de Py, bouleversée par plusieurs événements traumatiques. Trauma à la naissance, à l'adolescence et à l'âge adulte. Nous notons chez la patiente plusieurs tentatives de suicide et l'addiction à l'alcool. Le dessin se termine par une ouverture.

L'alcoolisme du sujet est un fait révélateur et mais aussi sous-jacent à sa souffrance. Dans la culture togolaise en générale, et celle des kabyès en particulier, c'est mal vu de voir une jeune fille de son âge s'adonner à l'alcool. Normalement c'est réservé à une classe d'âge « les aînés ». L'alcoolisme est perçu comme une maladie. Il s'agit d'une souffrance infligée au sujet par le biais du mysticisme. D'après l'explication culturelle, c'est un esprit qui a le contrôle des capacités du sujet, et le pousse à boire d'une manière incontrôlée. Ce qui place le sujet dans une position inconfortable. L'alcool l'exposera aux humiliations publiques et dégradera son statut social. S'il ne fait rien, il continuera à perdre toute crédibilité sociale. L'alcoolisme peut apparaître aussi comme une sanction, ou émane de l'idée d'une possession par les forces invisibles comme les sirènes de l'eau (« *mami water* »), ou forces diaboliques (« *éléwa* »).

Dans le cas de notre patiente, son alcoolisme est une sanction, et en même un message d'ordre spirituel selon elle. D'après l'explication, c'est le fait d'avoir ignoré les rituels à la suite du décès du père. Py adhère complètement à ce registre. C'est d'ailleurs ce qui explique ses accusations vis à vis de sa mère. Ceux sont donc les ancêtres qui ont coupé le pont avec la famille. C'est une sorte de séparation. Dans son cas, c'est d'ailleurs une triple séparation, la première à cause de la mort du père, et la seconde du fait de n'avoir pas fait les rituels d'abord pour le trauma et ensuite pour le deuil. Les rituels restent le lien privilégié entre le monde des vivants et ceux des ancêtres, des dieux, des génies, des esprits ou de l'être suprême. La non pratique signifierait une rupture de contrat entre le monde des esprits et celui des vivants. Les rituels et la tradition sont une sorte de pacte ou de contrat pour garantir la protection spirituelle. Le non-respect de ce contrat traduirait la rupture, voire l'abandon. Et la conséquence serait la perte du repère et des contenants psychiques. La patiente croit que si elle avait respecté les pratiques, cela l'aurait préservé des problèmes de sommeil et de cauchemars. Donc n'irait pas voir le pasteur qui a fini par abuser sexuellement d'elle. Ce qui explique son sentiment de solitude. « *Il n'y avait personne derrière moi, pour me soutenir, alors malheur attire malheur* ». (Il ne s'agit pas d'une personne physique, mais plutôt d'un sentiment de sécurité, des contenants psychiques, bref de ses repères). La patiente se sent alors verrouillée entre ses croyances ancestrales et celles de la mère. Car ces deux approches

sont antagonistes. L'autorité de la mère, et sa rigidité ne permettent pas à Py de faire un syncrétisme. Cet état de chose montre d'ailleurs la position rigide de certains parents quant aux choix qu'ils font à la place de leurs enfants. Il apparaît la question des limites entre l'obéissance, le respect et la liberté qui sont associées à l'éducation.

Quant à la problématique des violences sexuelles, la première semble être plus profonde que le viol collectif qu'elle a subi. Ce qui explique d'ailleurs la différence de l'évolution de la courbe. Sur le plan culturel, la problématique de viol est complexe à appréhender. La plupart du temps, c'est la victime qui est incriminée et accusée d'être responsable. Le plus dur c'est la question du sexe qui est un tabou. Donc difficile à en parler. Et souvent, comme dans le cas de notre patiente, c'est sa parole contre celle de son agresseur. La victime est discréditée, comme si sa parole n'avait aucune valeur. D'ailleurs sa mère, non seulement ne croit pas en sa parole, mais l'accuse d'avoir provoqué avec sa tenue un homme de Dieu. Pour sa mère, elle sera doublement punie par Dieu. Tout comme l'agresseur, sa mère lui interdit d'en parler. Elle pense, d'ailleurs que le viol se serait produit sur demande de sa mère. Cet épisode reste déterminant dans l'effondrement narcissique. Les contenants intrapsychiques semblent plus que jamais démolis, donc impossible d'identifier et de s'appuyer sur ceux inter psychiques. Le trauma a effrité la subjectivité, plongeant Py dans une gêne et embarras total. Les connexions entre les contenants intrapsychiques semblent court-circuitées. Cela peut être dû à la surintensité provoquée par la charge émotionnelle.

La tentative de suicide intervient dans la phase de surcharge émotionnelle et pulsionnelle. L'épuisement de l'énergie pulsionnelle dénote chez Py, le sentiment de vide, impression d'être « *suspendue* ». Ce que nous décrit la patiente, peut probablement être une phase dépressive, marquée par l'anhédonie, un ralentissement de l'activité, des idées noires et une culpabilité excessive. Malgré tout, elle a réussi à remobiliser les ressources pour revenir à la danse. Elle semble s'accrocher à un désir, la réussite. Est-ce dans le but de prendre de l'ascendance sur les événements, ou de prendre du recul ou encore animée par le désir de vengeance. Réussir ses études a été très déterminant à surmonter le traumatisme. Elle montre des capacités de résilience, avec un réinvestissement intellectuel. La reprise des études fut couronnée de succès, ce qui se matérialise par l'obtention du BAC. Le choix de la formation universitaire encore une fois nous conduit à nous poser la question sur quel sentiment ou ressenti l'anime à travers son choix. Est-ce un désir de justice ou de vengeance pour combler son manque ? Elle s'est inscrite à la fac de droit. Elle souhaite embrasser une carrière

d'avocate. Cela peut exprimer les représentants de sa vie fantasmatiques, prenant la position d'une justicière.

Même si la courbe semble descendante, malgré qu'elle ait subi encore une fois le viol collectif. Le vécu de celui-ci semble indiquer une diminution de la douleur. L'évolution de la courbe signe une sorte de maîtrise apparente. Mais son addiction à l'alcool semble contredire cette hypothèse. L'alcool lui permettait d'éviter l'effondrement narcissique.

4.2.2. Contenus des rêves

Elle accepte nous raconter au moins deux, qui l'ont particulièrement marqué. Elle nous dira, qu'elle ne fait plus de rêve depuis qu'elle est devenue « *alcoolique* ».

C1 : « *Dans le rêve, mon père se faisait à nouveau assassiné, donc il revenait du boulot, et soudain, trois femmes moches et armées des machettes avec leurs chiens, attaquèrent mon père sans pitié, je ne pouvais ni courir, ni crier pour appeler au secours, j'étais réduite à une spectatrice, voyant mon père baignant dans son sang. Ces femmes après avoir inscrit sur mon front une croix, me demandèrent de boire le reste du contenu. Mais je constatai que le verre contenait pas seulement le sang, mais aussi des mouches et des verres de terre, le liquide contenu dans le verre devint noir, mais au moment de boire, je vis mon reflet se transformant en une monstre* ».

C2 : « *Le dernier rêve fut pour moi une révélation, de ce que deviendra ma vie, mais c'était aussi effrayant. En effet, dans celui-ci, j'étais habillée en tenue de prisonnier couleur kaki noire, il faisait tellement chaud, mais j'étais au milieu des visages inconnus. Subitement mon père apparut, en demandant à ces inconnues de me violer. C'est ainsi que se forma un groupe de 5 hommes autour de moi, ils m'attrapèrent, je me débatais de toutes mes forces, devant le regard très froid de père, je demandais, papa pourquoi ?, c'est alors qu'il se mit à pleurer, demandant à ces derniers de me laisser tranquille, sauf qu'il n'avait aucune force, il était comme un fantôme, donc incapable de m'aider. Mes agresseurs s'acharnaient sur moi, déchirant mes vêtements, chacun me pénétrant à tour de rôle avec une violence, ils dégageaient une puanteur très désagréable. Ils finirent par partir comme si rien ne c'était produit, me laissant étendue sur le sol, avec mes saignements, ça faisait tellement mal, que je ne pouvais plus me relever. Le lieu où j'étais étendue, était un dépotoir, c'est-à-dire lieu de décharge des ordures. J'étais au milieu d'un amas de mouches, d'insectes, de fourmis, des vautours, et surtout une odeur nauséabonde. Grâce à Dieu, je fus tirée de ce rêve après une chute de mon lit. Mon cauchemars n'était pas fini, je réalisai à ma grande surprise que mon*

pyjamas était entaché de sang. Humm, j'avais mes règles...je pense que le rêve avait déclenché mes menstruation, car elles ont apparu beaucoup plus tôt que d'habitude ».

Sens des contenus des rêves

Dans sa culture, l'image d'un défunt est un mauvais présage. Cela traduit une sorte de conflit. Pour notre patiente, « *mon âme est en conflit avec celle de mon père* ». Selon ses dires, c'est une sorte d'errance. Elle pense que l'âme de son père ne s'est pas encore reposée en paix. Son âme à elle s'est trop attachée à celle de son père. Elle et son père sont unis par l'intermédiaire de la souffrance. « *Ça signifie que je continue de me battre pour rien. Humm, je dois me déconnecté et retrouver mes esprits* ». Pour ce faire, il lui faudrait faire des rituels « *pour laver ma mémoire de ses souvenirs atroce que je vis. Mon papa sait que je souffre énormément de ce qui s'est passé. Il veut que j'aïlle mieux* ». Selon donc son interprétation, il s'agit donc d'un appel du père à sa fille, pour se séparer des mauvais souvenirs issu du trauma. Il s'agit, comme le dira, Jung C. G. (2000), à propos des rêves sur un défunt, la recherche d'un renouveau. C'est plutôt un abandon à des attitudes nuisibles pour laisser place à une reconstruction harmonieuses. Freud S. (1966), quant à lui, voit à propos de ce rêve, une façon d'échapper à ses propres pulsions, c'est donc un moyen de fuir les conflits internes, devenant très intenses.

Ce qui semble préoccuper Py, c'est l'image « *de femmes moches* ». Selon elle, cela signerait quelque chose de pénible, de dangereux, ou comme de la trahison. Pour elle, une femme semble belle et douce, mais jamais laide et armée. C'est un symbole de confrontation. Femmes moches et armées associées à chiens est selon ses dires, « *synonyme de mauvais présage* ». Elle croit que quelque chose d'atroce va lui arriver encore. Ce serait donc un message envoyé par son père dans le but de la prévenir. Cela semble traduire, un conflit dans sa vie intime. Elle semble de ce fait exprimer son chagrin.

Elle voit à travers le deuxième rêve, encore une fois, la signature de son père pour la prévenir de ce qui allait l'arriver. Cependant « *être dans un dépotoir, amas de mouche, insectes, vautours et puanteur symbolisent sa vie en morceau. Cela me prévenait de comment je serai anéantie* ». Les « *mouches* », selon ses dires, « *c'est désagréable, cela signifie que je serai dans un pétrin où personne ne me viendra en aide. Aujourd'hui je comprends mieux. Effectivement c'est ce qui s'est passé. Après le premier viol, ma mère même ne me croyait pas. J'étais comme une mouche... rejetée de partout* ». Les mouches et insectes semblent être la traduction des représentations des pensées qui perturbent et parasitent le psychisme de Py.

Les cauchemars sont des rêves à contenu désagréable et douloureux. Ces deux rêves semblent traduire l'omniprésence des angoisses et surtout ses difficultés à gérer les émotions à l'issue du trauma. Elle paraît quand même consciente de ce qui est à l'origine de cette angoisse. Elle sait aussi ce qui ne va pas dans sa vie mais ignore ce qui est brisée. Etant dans une période où le stress est très important. Ils semblent mettre en scène ses craintes et son mal-être. Cela met en lumière ce qui la terrifie. Cela renvoie à la patiente ses difficultés à s'extraire ou à se déconnecter du trauma. Ce qui semble déstabiliser Py, c'est la récurrence des cauchemars.

Tout au long du récit à propos des rêves, nous découvrîmes que la patiente laissait couler quelques larmes. Elle bougeait beaucoup dans sa chaise. Il s'agit de la résurgence des contenus traumatiques, en référence aux ressentis angoissants, effrayant. Son existence semble devenir le cumul des souffrances.

Py nous fait savoir qu'en réalité, elle avait écrit ces deux rêves dans son journal intime, qu'elle ne savait avec qui les partager. Cela semble indiquer un transfert sur nous.

4.2.3. Vécu et représentation des symptômes

Notons que la patiente assimile ses symptômes aux vécus des événements traumatiques. Et à ce propos, elle dit être brisée et ressentir un sentiment d'insécurité, d'impuissance, d'injustice par rapport à l'assassinat de son père. Les symptômes inhérents à ce trauma tels que l'insomnie, la tristesse, difficulté de concentration, hyper vigilance sont perçus par la patiente comme signe de sa souffrance, du désordre interne qu'elle vit. « *On m'a volé ma vie* ». Et pour le viol, elle signale avoir un sentiment de déshonneur, d'humiliation. Elle se sent souillée, dénigrée et détruite. Les symptômes l'empêchent d'avoir une vie tranquille. Ils ont porté atteinte à son intégrité physique et psychique. Les signes comme l'irritabilité, l'agressivité verbale, lui ont rendu la vie compliquée, « *les gens pensent de moi que je suis un monstre, ou une folle* ». Les symptômes sont représentés comme une perte de repère, et responsable d'un sentiment de dépersonnalisation « *je ne me sens plus moi-même, je ne sais plus qui je suis vraiment* ». Elle dit éprouvé un mélange de colère, d'un profond sentiment de honte, de culpabilité et de peur à la fois.

D'une part, elle pense que son addiction à l'alcool est l'un des symptômes le plus handicapant et dégradant. Physiquement elle sent son corps affaibli, la lâcher peu à peu. Aussi sur le plan comportemental, elle se sent diminuée, car pense avoir perdu le contrôle sur ces réactions. « *Je ne réfléchis plus avant de parler, je suis parfois très vulgaire, crue et en même temps cruelle. J'ai même un nom dans le quartier l'alcolo* ». L'alcool a pris le contrôle de sa vie, de

ses réactions : « *je fais parfois des choses irréfléchies et d'une manière irresponsable. Le pire c'est quand on ressent le manque, on devient atroce, insensible et immature* ». Selon elle un alcoolique est un moins que rien, égoïste et se coupe de la réalité. Mais au-delà de ces appréhensions négatives vis-à-vis de l'alcool, elle pense que ça lui a permis de survivre, l'a protégé des « *fantômes* » du trauma.

4.2.4. Vécus et représentation des hospitalisations

Celles-ci sont vécues positivement, elle pense qu'elles lui ont sauvée la vie. Elle perçoit l'hôpital comme un lieu de dernier recours, quand les choses deviennent graves, et inquiétante.

4.2.5. Vécus et représentation du traitement

Elle pense que celui-ci lui a sauvé la vie à maintes reprises. A l'issue de sa dernière hospitalisation, un antidépresseur lui avait été prescrit.

4.2.6. Sens des rituels dans culture

En rappel, la patiente malgré son niveau d'étude pense que le fait de n'avoir fait aucun rituel après le premier choc traumatique explique la survenue des autres traumas. Les pratiques des rituels s'inscrivent dans la consolidation des enveloppes psychiques. Dans la plupart des cultures togolaises en générale, et celle de Py en particulier, il existe des rituels ouvrant vers les processus de résilience. Les rituels thérapeutiques sont impératifs pour amorcer le travail de traumatisme. Le but c'est de faire la désensibilisation, que le sujet souffre moins, et qu'il partage sa souffrance.

Voici un exemple de rituel pratiqué chez les kabyès : La personne victime d'un trauma doit faire le rituel de lavement. En pratique, cela se fait à l'entrée de la maison. La victime se laisse laver par quelqu'un, et doit marcher sur un œuf déposé pour la circonstance à l'entrée de sa maison. C'est une sorte de désensibilisation du trauma. Le fait de verser l'eau sur la victime signifie qu'on enlève, ou se débarrasse de tous les malheurs et souvenirs pénibles issus du danger. Marcher sur l'œuf signifie rompre avec le danger auquel l'on était confronté. C'est une sorte de laisser derrière soi ce qui s'est passé, la menace, l'exposition au danger. Le contenu de l'œuf qui sort, témoigne de l'expulsion hors de soi des scénarios de peurs qui risquaient de hanter la personne.

La souffrance, selon l'interprétation culturelle traduit une action inachevée, et qui reste bloquée dans le corps et dans l'esprit de la victime. Le rituel permet à la personne d'être

résiliente. Car non seulement se sent nettoyer, mais construit un sentiment de sécurité avec lui-même. Le rituel permet au sujet de pouvoir désormais compter sur les autres et sur ses ancêtres. A la fin du rituel, on sacrifie un animal en guise de remerciement aux ancêtres protecteurs.

Le rite tient lieu ici de phase de séparation, et pourrait participer de fait à une reconnaissance sociale. Le rituel prend toute sa place dans le besoin d'avoir une figure d'attachement avec son environnement. L'accomplissement d'un rituel après un trauma semble ouvrir la voie d'un apaisement. Il se construit un attachement, source de sentiment de sécurité, car la victime croit que sa souffrance est partagée avec son entourage et ses ancêtres. Cela montre l'influence des facteurs culturels dans la gestion des événements traumatiques. Il n'est plus à démontrer l'impact des facteurs culturels dans le devenir et l'évolution du trauma. Comme le disait Ibrahim Ndabavunye (2005, De la pertinence du rite de passage dans la reconstruction du lien social au Rwanda), «*Au Rwanda, les rites ont été de tout temps, quelques soient les formes adoptées, un mode de traitement pour conjurer le mal et les fléaux de nature diverses*». L'auteur met ainsi en avant l'importance des rituels dans «*la reconstruction du lien social*» après un trauma. Il apparait clairement que la culture semble être un facteur de protection ou de vulnérabilité d'un individu suite à sa rencontre avec le trauma. C'est d'ailleurs le cas lorsque les auteurs comme William A. Houllé & al. (2017, *Culture et Trauma*), attirent l'attention sur l'influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique, d'où l'importance de ne pas les négliger.

4.3. Environnement familial

La souffrance de la patiente prend la place d'un déshonneur familial. Ce qui d'ailleurs provoque des conflits familiaux, car la mère est accusée par les oncles paternels de manquer de rôle d'éducatrice. Elle a par cet échec trahit la mémoire de son défunt mari. La patiente est un signe du disfonctionnement familial. Pour d'autres, il s'agit d'une malédiction qui s'abat sur cette famille. Bref l'alcoolisme de la patiente a entraîné une détérioration de l'image familiale et relationnelle.

4.4. Transfert et contre-transfert

Le lien avec la patiente a pris sens autour des questions de la tradition, de la religion voire autour des coutumes. Nous nous sommes montrés extrêmement disponible dans tous les sens du terme. Le fait d'avoir des cicatrices sur les joues, que nous soyons de la même ethnie qu'elle, et enfin nos connaissances en matière des coutumes et certains rituels, ont largement

contribué à la construction de la relation thérapeutique. Selon ses propos « *je me sens proche de vous, et je pense que vous êtes la seule personne à mieux me comprendre* ». Ce qui par la suite facilita sa prise de conscience vis-à-vis de sa souffrance, et son acceptation de se faire suivre.

Conclusion

Au regard de tous les éléments obtenus au cours des entretiens, et l'analyse du contenu manifeste et latent, nous pensons que la patiente dispose de bonne capacité de résilience. Au rorschach, beaucoup d'indices confirment l'existence des traces du viol, des ressentis pénibles (angoisse vis-à-vis de l'image du corps) et au démantèlement des objets narcissistes. Tous ces indices associé à l'expression de l'expérience du vécu du trauma, semble confirmer l'hypothèse selon laquelle l'absence des rituels du trauma et de deuil ont provoqué la souffrance, synonyme d'empêchement chez la patiente. Elle semble aussi associer sa souffrance, à la rupture avec les pratiques des rituels inhérents aux événements traumatiques.

Synthèse générale

Au regard de toutes ces illustrations, nous relevons que les facteurs de la survenue de la maladie ont des incidences sur les capacités d'élaboration du patient. Ces déterminants associés à l'expérience de la maladie, ont entraîné comme le disait Ferro A. (2004), à l'explosion des contenants psychiques, ou plutôt à un cimentage excessif de ceux-ci. L'explosion ou le cimentage des contenants a contribué au verrouillage du patient. Cela s'explique par la perte de repère, et l'absence d'éléments narcissistes. La maladie, à travers les symptômes, avait provoqué une fracture entre le sujet et la réalité extérieure. Il apparaît aussi par la même occasion des fissures psychiques, conséquence de chevauchement dans les champs de croyances.

L'angoisse du syncrétisme religieux, révèle que soit les contenants psychiques sont inadéquats, ce qui peut alors expliquer la violence des émotions, source d'empêchement et de blocage psychique. L'empêchement au regard de la rencontre des croyances, témoigne de la dynamique conflictuelle psychique. Le fonctionnement psychique est paralysé par la non digestion des événements ayant un lien avec la survenue de la pathologie. L'angoisse, moteur d'empêchement des patients est liée au sentiment de rupture qu'éprouvent ceux-ci vis-à-vis de leurs contenants. Sans contenant, les patients se sentent en insécurité, ce qui se traduit par la perception de la réalité extérieure comme hostile, et donc l'avenir incertain.

Discussion

Nous avons choisi commencé cette discussion en évoquant certains aspects à propos de notre intégration dans la culture française.

2.1. SUR L'INTEGRATION

Nous le savions au début que le pari n'était pas gagné d'avance. Précédemment en qualité de psychologue clinicien et de la santé exerçant au CHU-Campus⁴⁷ de Lomé, que ce soit dans nos interventions de prise en charge, de supervision ou de formation des stagiaires en psychologie clinique, nous appréhendâmes la différence dans le sens donné aux mots comme à certaines expressions. Il apparaît quelque fois que les mots utilisés lors des échanges n'aient pas les mêmes sens que ceux du dictionnaire.

Dès notre arrivée en France nous avons vite observé une différence en terme de culture, de climat et même dans les habitudes quotidiennes. Ce qui nous a le plus frappé, ce sont les expressions. Même si le Togo est un pays francophone certaines expression ne sont pas dites de la même manière ou n'ont pas le même sens.

En exemple d'expressions: « j'ai coupé la route » qui veut dire « je traverse la route », « Passe-moi un Bic » qui veut dire « passe-moi un stylo »; « Je monte au village » qui veut dire « je rentre au village ». Nous avons très vite compris que certaines expressions utilisées au Togo ne sont que la traduction littérale de la langue maternelle. D'où la nécessité d'intégration et d'adaptation aux expressions ayant le même sens linguistique.

En rappel, le paysage linguistique du Togo est complexe, marqué par une diversité de langues. On peut enregistrer sur toute l'étendue du territoire plus d'une cinquantaine de langues locales et de dialectes parlés. La langue officielle du pays est le français, héritage de l'époque coloniale. En dehors de celle-ci, par une volonté politique qui date de 1975, il y a deux langues qui sont protégées. Il s'agit de l'éwé (21%) et le kabyè (14%). Le français est beaucoup parlé à l'école, reste toujours une langue secondaire. Les langues maternelles sont beaucoup parlées à la maison comme sur certains lieux de travail.

Au Togo, certaines expressions sont soit la traduction de la langue maternelle, ou un glissement de sens ou encore l'utilisation de la métaphore ou encore les calques, une sorte de transposition des expressions qui existent dans les langues nationales⁴⁸. Dans le cadre des

⁴⁷ CHU : Centre Hospitalier Universitaire Campus de Lomé

⁴⁸ Abou Napon, 1999, Quelques faits d'appropriation du français à l'école secondaire à Ouagadougou

entretiens, souvent peuvent cohabiter dans une même phrase ces trois formes d'expressions. C'est pourquoi certains propos peuvent paraître ambigües, banal voir insensés pour les occidentaux. Pour mieux appréhender le sens, il est donc impératif d'effectuer une analyse linguistique, des représentations culturelles et identitaires de nos patients.

Etant nous-même issu du contexte togolais, il nous fallait apprendre à mieux nous intégrer dans le système linguistique français. Notre intégration a commencé depuis l'étape des démarches en vue de l'inscription et a continué tout au long de notre séjour en France. Nous avons donc perçu le changement à tous les niveaux. Ce n'était pas seulement au climat, ou à l'alimentation que nous devions nous adapter, mais il fallait apprendre à nous exprimer pour que ça ait le même sens. D'ailleurs les gens nous le font régulièrement remarquer « *je n'ai rien compris de ce que tu as dit* » ou quand l'interlocuteur est bienveillant, « *Peux-tu s'il te plaît m'expliquer, car je n'ai bien compris* ». D'autres par contre préfèrent nous empêcher de continuer en nous interrompant en cherchant toujours à finir nos phrases, à déformer nos propos. Le facteur « *langue* » fut une variable très complexe, dans le sens où parfois les pensées ou les idées que nous voulions donner, soient mal comprises ou mal interprétées. Il nous arrivait quelque fois de ne pas nous prononcer. Ce qui peut nous paraître claire et limpide peut être perçu comme ambiguë ou au contraire avoir un autre sens.

Dans la plupart des ethnies du Togo, la langue est comme vectrice de l'identité culturelle. Ainsi le problème de langue peut constituer une source d'ambiguïté, d'information comme de désinformation, ouverture comme obstacle à l'intersubjectivité. Elle influence le contenu de l'information. Comment faire pour que les autres nous comprennent tout en étant toujours authentique. Elle peut paraître comme un instrument de rencontre ou de freinage avec les autres. C'est d'ailleurs l'exemple que je voudrais partager avec vous au sujet d'un patient. Il nous parlait par l'intermédiaire de sa mère. Malgré qu'il soit bien instruit et surtout maîtrisant bien le français, choisit plutôt sa langue maternelle pour évoquer sa subjectivité ou encore son vécu des symptômes de la maladie. Il nous dira, « *je me sens bien à l'aise d'évoquer ces éléments dans mon guingbé. Le sens est plus total, complet dans la langue locale que si j'essayais de vous le dire en français* ». Tout comme ce patient, il nous manque des mots justes pour exprimer le sens réel de la situation ou du fait. Pour cela il nous était parfois difficile de faire une blague par peur de choquer ou de mettre mal à l'aise nos interlocuteurs.

Il nous a fallu un minimum de deux ans pour mieux nous intégrer au champ lexical universitaire. Cela a été possible grâce à nos participations aux journées scientifiques organisées par notre laboratoire, aux rencontres des axes et surtout aux échanges avec des

collègues doctorants. N'ayant pas obtenu un financement, loin que cela puisse nous décourager, nous étions plus que jamais motivé à aller plus loin. Les difficultés rencontrées étaient devenues des sources de motivation. Nous avons enchaîné des petits boulots, notamment comme animateur au périscolaire avec la mairie, aide à domicile avec l'agence VITALIANCE, ouvrier au montage des véhicules au PSA site de Sochaux et enfin depuis septembre 2016 comme contractuel à l'université. Tous ces petits boulots ont largement contribué à notre formation et à notre intégration aux nouvelles réalités. Chaque jour est unique pour l'apprentissage, et nous puisons nos forces dans les difficultés rencontrées. L'ambiguïté inhérente au sens des expressions et du langage loin de constituer des limites a plus contribué à l'enrichissement lié à la diversité.

2.2. DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE

Nous avons choisi la méthode qualitative dans une approche d'analyse de cas. L'étude a été réalisée au CHU-Campus de Lomé et portant sur six patients souffrant d'un trouble psychique. Cette étude s'inscrit en psychologie clinique et psychopathologie dans le champ de l'interculturalité. Cela a permis la description des phénomènes complexe mais particuliers notamment le vécu et l'expérience subjective de nos patients. Pour ce faire, il nous a paru intéressant de décrire le sens, l'interprétation ou encore l'explication que ceux-ci donnaient de leur souffrance.

Le choix du cadre d'étude se justifie par le fait, que ce soit un centre de référence national, et où on rencontre souvent des patients issus de toutes catégories socioculturelles. Cependant le nombre de sujets (six) soumis à cette étude n'étant pas représentatif, nous ne saurons ni standardisé, ni généralisé les résultats à toute la population.

Nous avons utilisé comme technique de collecte des données, l'observation clinique directe, l'entretien clinique semi-directif associé au test projectif de Rorschach et le dessin libre de vie. Etant dans une démarche qualitative (Analyse de cas), ces techniques nous semblaient pas seulement meilleures mais s'y prêtaient bien pour obtenir des informations très enrichissantes. Nous connaissions quand même quelques limites liées par exemple à l'observation clinique, notamment la réduction de l'objet à ce qui est observable et l'émiettement des conduites. Le choix de certains éléments a certainement fait que d'autres échappent à notre conscience. Cela sous-entend que nous n'avons pas pu prendre en compte tous les phénomènes cliniques apparus lors de nos rencontres. D'autres limites sont quant à elles dues « aux effets même du

dispositif de la situation observée » et aux effets de la langue⁴⁹. En ce sens que lors des entretiens, il arrivait que les sujets interrogés ou observés parlent dans leur langue maternelle. Cela comme le risque de la déformation des informations originelles lors de la transcription. Tous ces éléments constituent des limites liées à notre méthodologie.

Au-delà de toutes ces limites, nous pensons que notre étude a permis d'aborder ce thème dans un champ très peu connu. Cela a favorisé de faire ressortir l'importance capitale et surtout l'influence des facteurs culturels en général et de la croyance en particulier dans le système et la dynamique des soins.

2.3. DISCUSSIONS DES RESULTATS

2.3.1. Regroupement de quelques données normatives

Cas clinique							
Indices	E.S.	S.	D.	A.R.	W.	Py.	moyenne
R	29	14	16	21	23	31	25,8
G%	17	71	51	57	62	77	43,3
D%	59	21	25	33	30	10	43,6
Dd%	21	0	25	10	4	10	10,2
H%	0	21	22	14	12	11	16
A%	21	50	72	38	36	43	44,5
F%	66	36	88	62	61	61	61,3
F+%	50	40	43	96	32	82	65,2
Ban	2	3	3	6	5	5	5-7
Refus	0	1	1	0	0	0	-
K	0	2	0	4	1	4	-
Hd+ Anat+Sg+Sex%	14	10	4	2	2	6	
TRI	0/6,5	2/2,2	0/1	4/3	1/3,5	4/3,5	
Fc	2/0,5	5/0	1/0	1/0	2/0	4/0	
IA%	48	29	28	9	8	17	< 12
RC%	45	29	31	43	32	23	34,6
IHC/IDC%	0/0	9/0	0/25	0/0	7/0	8/0	-
B	1	2	4	7	6	6	-
P	3	1	1	0	1	4	-

⁴⁹ Pedinielli J-L. et Fernandez L., l'observation clinique et l'étude de cas, 2015 3^{ème} édition (p35) Armand Colin.

2.3.2. Discussion sur l'adaptabilité du test projectif de Rorschach

Le nombre de réponses par sujet varie de 14 à 31. Ce nombre est donc valide selon Exner (2002), qui décrit un protocole dont le nombre de réponse est supérieur ou égal à 14. Quant à l'école de Paris, elle invite le clinicien à une analyse de tout type de protocole, « *un protocole pauvre (avec un faible nombre de réponses) [étant], dans la perspective psychanalytique, à prendre en considération comme tout autant significatif du fonctionnement psychique du sujet et de ses modalités défensives qu'un protocole riche* » (Richelle, 2017, P.30).

Les sujets ayant un R, 14 pour S. et 16 pour D., inférieur à la norme c'est-à-dire $R < 20-30$, ont curieusement le niveau inférieur, c'est-à-dire niveau Lycée.

Sur le plan culturel, nos résultats sont similaires à ceux de Lawson, J-P (2014), qui, dans le cadre de son mémoire de master professionnel, avait utilisé le test de Rorschach dans le but de sa validation. Son objectif était de comparer ses résultats avec ceux d'autres chercheurs. Selon l'auteur, il n'y aurait pas de différence significative quant aux résultats. Malgré les différences culturelles, les conclusions de son étude sont similaires avec celles des travaux réalisés en France par l'école de Paris quant aux contenus des réponses donnés aux planches. Cette étude fut communiquée lors du congrès de la Société Internationale du Rorschach et des Méthodes Projectives, à Istanbul, (2014) par l'auteur. Quant aux résultats, ce dernier releva que le nombre total de réponse R dans l'ensemble de ses protocoles, allait de 12 à 35. L'auteur expliqua ce constat sans pour autant aller plus loin, que les togolais en situation de soins parlent très peu. Nous renchérissons en ajoutant, à partir de notre expérience sur le terrain, que le peu de réponses à ce test pourrait s'expliquer par les barrières de langue. Nous avons constaté une différence lorsque le patient passe le test en français ou dans sa langue maternelle.

Voici un exemple tiré de nos pratiques quotidiennes pour appuyer nos propos : nous avons fait le test à deux hommes de même âge (31 ans), du même niveau d'étude (Brevet), référés par un médecin neurologue pour une somatisation. Le premier K. passa le test en sa langue maternelle. Et M., le deuxième, le passa en français. Au T1 : K. obtient $R= 23$ et M., $R= 16$. Au T2, K. le passa en français et obtint un $R= 15$, tandis que M. en sa langue maternelle réalisa un $R= 25$. Il est certain que cela ne nous permet pas de tirer les conclusions un peu hâtives. Mais nous avons constaté que lorsque nous faisons passer le test en langue maternelle, le sujet s'exprime avec aisance, productif. En français, les sujets se montrent très peu productifs, peu

communicants, et se montrent timides. A cela s'ajoute le rôle quelque fois paternaliste attribué au soignant, ou plutôt c'est ce dernier qui se positionne ainsi.

Mais nous ne constatons aucune particularité lorsque les sujets ont un niveau d'instruction élevé c'est à dire du supérieur ou Bac et plus. Dans ce cas, la production verbale semble abondante avec un R se situant dans les normes. Donc nous avons émis l'hypothèse des barrières de langue quant à la productivité verbale.

Nous relevons aussi beaucoup de réponses à contenu sexe, toute catégorie confondue. Cela s'explique par le fait que l'éducation sexuelle soit très rigide car dans la plupart des ethnies du Togo le sexe est un tabou. Le contexte de passation de test est très ouvert et libre, d'où le jaillissement des réponses à contenus sexes. Il semblerait que le contexte de passation chez certains patients facilite une désinhibition de la morale sexuelle.

Pour l'instant, il n'existe pas encore d'études publiées autour de thématique test projectif Rorschach au Togo. Nous avons choisi nous référer à l'école de Paris, quant à la consigne de passation, aux normes de cotation et d'interprétation psychodynamique.

2.3.3. Discussion des indices

D'une manière générale, nous relevons une concordance de nos résultats avec les données de la littérature, particulièrement avec les conclusions des travaux de Tychev C., Huckel, C., Rivat, M. & Claudon, P. (2012), de Azoulay, C., Emmanuelli, M., Rausch de Trautenberg, N., Corroyer, D., Rozencajg, P. & Savina, Y. (2007), de Richelle J. et al. (2012), ou encore de Chabert C. (2012), du point de vue des normes établies, des indices et indicateurs de la variabilité interindividuelle. Nous trouvons aussi des similitudes marquées par des fluctuations des protocoles Rorschach, autour des questions du nombre total R, des localisations, des déterminants ou encore des contenus.

La variabilité interindividuelle est fonction des indicateurs spécifiques au fonctionnement psychique. Le regroupement des indices montre que certains patients de notre étude partagent les mêmes signes. Les thèmes autour de la problématique des assises identitaires, la gestion de l'émergence pulsionnelle, la nature du conflit, comme celle de l'angoisse, de même que les mécanismes de défenses sont aussi évoqués par ces auteurs.

Les protocoles des sujets (**E.S., D., W., S.**) indiquent une défaillance dans les processus de mentalisation ($K=0$ ou très faible). Il s'agit également des patients dont l'entourage se plaint

beaucoup, soit par parce qu'ils se replient beaucoup sur eux même à travers un isolement, soit parce qu'ils ne sont plus actifs, réduction ou absence d'interaction.

Dans le fonctionnement Névrotique (**S. Py**), nous retrouvons dans les protocoles des indicateurs traduisant une mise à mal et dévalorisé de la représentation de soi, répression angoisse de castration et des indices de pénétration un peu plus élevé. Certains auteurs comme Richelle J. et al. (2012), ont précédemment évoqué les mêmes concordances.

Ainsi, le protocole de S., qui traduit un fonctionnement névrotique, lorsque nous faisons le regroupement des indices formels généraux⁵⁰, nous avons R=14, H=1, Kan (3)>K (2), Choc-couleur, Choc-clob, Refus, F%=36% donc inférieur à 50%, A%= 50%, FC=0. Elle obtient donc un ratio de (8/9) ; ses indices corroborent avec la check-list de Miale et Harrower (1940), cités par Debroux P. (2012), pour qui l'existence de cinq signes suffit pour parler de névrose. Apparemment le deuxième sujet (Py.), fait entorse sur la base de ce regroupement de signes de ces auteurs malgré que beaucoup d'indices soient en faveur d'une névrose.

Dans le groupe du fonctionnement état limite (**E.S., A.R., W., Py.**), nous relevons que nos résultats sont similaires à ceux des auteurs d'Emmanuelli M., Azoulay C., Bailly-Salin M-J. et Martin M. (2001), quant à ce qui concerne la labilité des émotions, la faible gestion des affects, l'instabilité des limites du corps, la porosité ou la rigidité des enveloppes corporelles et face à l'émergence de l'angoisse, les sujets recourent aux mécanismes rationnels :

Nous constatons que **A.R. et W.** recourent exclusivement aux indices de barrière de Fischer et Cleveland. Ils utiliseraient l'enveloppe corporelle (moi-peau) comme membrane de surprotection, de séparation dedans/dehors face à l'émergence des conflits intra et inter psychiques, à l'inverse l'indice d'angoisse reste (9% et 8%).

Contrairement aux sujets précédents, **E.S. et Py**, ont par contre des réponses Pénétration élevées, dénotant ainsi, un Moi fragilisé comme le disait Belot, R.A. (2014). Chez ces deux sujets, on relève aussi l'indice d'angoisse (IA%) élevé, témoignant ainsi des préoccupations quant au corps, à la porosité du Moi-peau.

2.3.4. Discussion des facteurs socioculturels

Cette étude a pour but l'exploration des facteurs socio psychoculturels, lesquels paraissent responsables de l'empêchement quant à la reconstruction narcissique, de la subjectivité et

⁵⁰ Debroux P., (2012), Fonctionnements névrotiques in Manuel du test de Rorschach, Approche formelle et psychodynamique, (P132) De Boeck.

l'intersubjectivité. En accord avec les études précédentes comme celles de Adewuya et Makenjula (2008) ; Levesque, A. et Rocque R. (2015), Sow, I. (1935), Djassoa G. (1988), Mampunzu (2010), ou encore celle de Kpanake L. (2018), nos résultats révèlent que la plupart de nos sujets, adhèrent aux croyances en des causes surnaturelle à propos des troubles psychiques.

Les troubles psychiques restent toujours remarquablement liés aux systèmes de croyance, la symbolique, le divin ou encore relève du mysticisme (Fassin, D., 2016).

Les patients ou/et leur famille recouraient aux services de prise en charge spécialisés en santé mentale en dernière position. Cela repose sur le vécu et la représentation des troubles psychiques. D'après la culture, le trouble psychique reposerait sur les phénomènes mystiques comme la sorcellerie, sur la rupture des systèmes symboliques, qui mettraient à mal l'identité des sujets. Le fait d'aller dans un centre spécialisé n'est pas lié à l'ignorance, mais plutôt à l'adhésion aux champs des croyances. Aussi la psychiatrie est rapidement associée à la folie, à la dangerosité et aux préjugés sociaux.

2.3.4.1. La croyance : de la quête de l'énergie vitale à la perte de repère

Dans le système de fonctionnement des sociétés togolaises, la croyance semble être au cœur de leur existence. Elle sert d'ancrage et à la quête d'énergie vitale. La croyance apparait ici comme le désir de l'homme à trouver l'équilibre ou l'harmonie entre lui et son milieu de vie, à combler ce qui lui manque. En Afrique, la croyance réunit le monde des esprits et celui du monde visible. Il y a dans la croyance, le fait de rechercher l'ordre, de distinguer le bien et le mal. Et dans la religion traditionnelle, tout ce qui relève du bon sens, de bien, de juste, traduit l'équilibre et l'harmonie, provient par conséquent de l'ordre. Le désordre est supposé entretenir un lien avec ce qui est mal, et donc responsable de déséquilibre ou de dysharmonie. Il relève de ce fait de négativité. Le représentant du désordre ou du mal, c'est la maladie, la souffrance ou encore des sentiments que ces deux induisent. Les pathologies psychiques riment bien avec le désordre, la confusion, le malentendu ou encore la honte qui est un sentiment complexe et profond.

La souffrance quant à elle, reçoit une double casquette. D'une part, elle n'est que signe du désordre, mais reste le représentant du mal, du chaos. En ce sens qu'elle fait remonter à la surface ce qu'il y a de plus obscure en l'être humain. Elle est la face cachée du mal qui se dévoile. Ce qui semble d'ailleurs induire en partie, facilement des sentiments très forts de

honte, d'humiliation ou encore de culpabilité. D'autres parts elle est considérée comme message d'alarme de rupture, d'où la nécessité de rechercher à nouveau un équilibre, en faisant quelques rituels de réconciliation et de réparations. En ce sens que la souffrance est perçue comme un conflit ayant bouleversé l'ordre. C'est pourquoi le trouble psychique est perçu comme étant le symbole du conflit. Ce qui devrait de ce fait exercer une pression sur le sujet en vue de rétablissement de l'équilibre et l'ordre.

Malheureusement, nos patients semblent échouer, dans leur quête de l'énergie vitale, et pour cause, le mélange des religions qui s'affrontent sur le champ psychique. C'est facile quand on a une seule religion, on sait ce qu'il faut faire, mais lorsqu'on a plusieurs, chaque décision comporte des risques. A défaut de choisir une seule, les sujets se retrouvent avec toute. C'est l'effet *vouloir un peu de tout*. Il apparaît alors le syncrétisme. Mais dans la plupart des cas, lors de la survenue de la souffrance, tous les sujets s'orientent d'abord vers les églises. Ce qui semblent dénoter un sentiment de persécution, le rejaillissement d'un sentiment ou d'angoisse de représailles lié à la religion d'origine.

2.3.4.2. Angoisse du syncrétisme religieux, source d'empêchement

Dans cette étude, nous avons relevé que la cohabitation des croyances issues de religions différentes est source d'angoisse. Cette dernière montre l'échec à ce mélange. En réalité, il y a beaucoup de similarité dans le champ des croyances. La différence réside dans la forme plutôt que sur le fond. Toute la problématique réside sur comment les religions nouvelles ce sont implantées. Le recrutement est fait sur la base des promesses, de la séduction, du chantage voir des menaces. La plupart de nos clients se sont reconvertis, pas à une seule mais à plusieurs entités religieuses. La plupart de ces églises ont des règles très strictes qui se chevauchant à tort ou à raison. La transgression d'une règle est synonyme de souffrance, et est sévèrement réprimandé. Le fait même d'appartenir à une église et de continuer à penser à sa religion d'origine est considéré comme « péché ». Or il apparaît que quoique le sujet fasse, il est toujours rattaché à sa religion d'origine, de par son éducation, ses habitudes ses croyances. Bref il paraît que l'identité de base du sujet, trouve ses origines dans un ancrage aux mentalités et à la religion d'origine.

Lors de la survenue du trouble, le sujet et/ou son entourage ont un besoin incessant du sens, d'identifier les causes. Cette tendance fait émerger l'angoisse. Or le syncrétisme est comparable à un mélange à l'image du désordre.

La reviviscence des symptômes a entraîné des sentiments de culpabilité, de honte ou encore d'humiliation, ce qui empêche les patients dans la recherche d'harmonie. Il y a aussi la fragilité et la vulnérabilité induite par la maladie entraînant des difficultés à l'insertion sociale et ou professionnelle.

C'est finalement de cette concordance que résulte la possibilité d'une efficacité de la magie. Un individu, conscient d'être l'objet d'un maléfice est intimement persuadé par les plus solennelles traditions de son groupe, qu'il est condamné. Malheureusement étant donné que cette conviction soit partagée par le sujet et son entourage notamment les parents et amis, il apparaît alors un enfermement cognitif, par des pensées ou par croyances.

2.3.4.3. Les médicaments comme source d'empêchement

Pour certains répondants, les médicaments sont vécus et perçus comme sources de leur effondrement narcissique. Non seulement, le traitement est décrit comme pénible, mais reflètent selon certains, une prise de contrôle ou de possession sur le soi, une manière d'être contrôlé. L'image corporelle est quant à elle dévalorisée, à cause des prises de poids, des effets secondaires impliquant des tics, de la dépendance et l'épuisement.

Si d'après le dictionnaire Larousse de la langue française, le médicament est une substance ou une préparation administrée en vue d'établir un diagnostic médical, de traiter ou de prévenir une maladie. Sa fonction consiste à restaurer, corriger ou encore de modifier les fonctions organiques. Son vécu suite à ses effets secondaires reste mitigé. Le médicament a des vertus contraires, en même temps qu'il apporte une aide, il est un poison sur les patients et c'est ce qui pose problème. Il est perçu comme la magie qui s'opère, mystérieux. Il prend contrôle non seul du mal, mais aussi du patient. Le médicament entraîne quelque fois un sentiment de perte, de soumission. Pour certains le médicament fait perdre ses puissances, perte du sentiment de soi, perte de son identité. Il contrôle le patient de l'intérieur, le maîtrise, et le condamne à l'inaction et au sommeil. En exemple se sentir abattu, être contraint à dormir.

Chez certains patients, le médicament entraîne une appréhension de méfiance pour plusieurs raisons. Avoir juste un comprimé alors qu'on ne connaît pas celui qui l'a fait et où l'a-t-il fait, comment et pourquoi ? En médecine traditionnelle, lorsqu'un sujet consulte chez un guérisseur, il est associé à la préparation du médicament. Il connaît presque toutes les étapes, et l'association des composantes. Cette façon de faire semble rassurer le patient.

2.3.3. Vignettes cliniques

Cas E.S

Homme de 33 ans, célibataire sans enfant, hospitalisé deux fois pour décompensation d'allure psychotique. Parmi les facteurs associés, difficulté d'adaptation après une séparation avec ses parents pour des raisons d'études, mère malade depuis plus de 10 ans, père décédé il y a cinq ans. Il dit être un enfant recherché et donc ignore ses origines. Nous relevons d'une part l'angoisse de persécution et de perte d'objet. Et d'autres transparait une fragilité et une porosité des limites du corps. Absence d'une vie sentimentale et sexuelle, surinvestissement religieux, et psychorigidité. La plupart de ses sorties se limitent à l'église et à son école. Il n'a pas de petite amie. Pense que les symptômes comme les hallucinations l'ont rendu bizarre aux yeux de son entourage. Il est en grande souffrance d'établir et de maintenir une relation sociale, ambivalent vis-à-vis du traitement médicamenteux.

Cas S.

Femme de 45 ans, hospitalisée une fois pour dépression majeur. Les facteurs déclenchants : Conflit avec la mère, fausse couche, échec de la fécondation in vitro, adoption non aboutie à cause du refus de la mère et du demi-frère à reconnaître l'enfant. La patiente croit en la sorcellerie, et tient pour responsable sa mère. Cette dernière a bloqué par tous les moyens son désir d'être mère. Elle croit que cette dernière est pilote d'avion de nuit et serait « une sorcière ». Elle pense que sa mère lui barre la route par ses actions mystiques. Elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Elle a très peu d'interaction avec son entourage, donc une vie sociale très pauvre. Elle fait un surinvestissement religieux, exprime une angoisse d'abandon et angoisse de persécution vis-à-vis de la mère. Mère vécue comme dangereuse et menaçante. Absence de demande manifeste.

Cas D.

Femme de 32 ans, mariée et mère de deux enfants ayant été hospitalisée quatre fois pour troubles psychotiques. Elle croit que sa maladie est due à la réaction de représailles du fétiche « vodou ». Selon son histoire sa mère l'aurait empêché d'accomplir les rituels vodou, ce qui serait une transgression des règles Trans-générationnelles. Elle pense être au cœur des conflits familiaux, entre le christianisme et la religion ancestrale. Père décédé brutalement à la suite d'une courte maladie. Mère autoritaire, intrusive et vécue comme toxique émotionnellement. Actuellement se plaint de sa prise de poids ayant entraîné une

dévalorisation de l'image de soi. Peur de faire une rechute, angoisse de mort, peur que le fétiche s'en prenne à ses enfants, ou qu'ils fassent une maladie mentale comme elle. Elle pense être une mauvaise mère.

Cas R.

Femme de 36 ans, célibataire sans enfant, ayant été hospitalisée une fois pour psychose maniaco-dépressive. Le trouble est survenu à la suite des conflits avec une ex-consœur au couvent. Il existe dans sa famille plusieurs antécédents psychiatriques, notamment la grand-mère paternelle, le père et enfin le frère aîné souffrent de troubles bipolaires. Père et grand-mère décédés par suicide, frère actuellement alcoolique. Elle a été renvoyée du couvent à cause de son trouble. Or avait choisi la vie consacrée pour faire honneur et plaisir à ses parents. La patiente, à cause d'une forte intériorisation des préjugés sociaux, est allée vivre dans une campagne loin de sa famille et de ses amies. On note l'émergence des sentiments de honte et d'humiliation qu'elle lie à la survenue de la maladie. Elle pense que sa maladie est mystique. Elle éprouve des sentiments de dévalorisation, de solitude et renonce à s'engager dans des relations sociales.

Cas W.

Homme de 21 ans, célibataire sans enfant, hospitalisé deux fois de suite pour excitation maniaque d'allure psychotique. Il associe sa maladie à des facteurs psychosociaux, comme conséquence d'un envoutement ou empoisonnement mystique sur fond de conflits entre son père et son oncle. Patient avec de faible capacité de mentalisation des conflits et processus internes. Aujourd'hui, W. a peur de prendre les risques de vie et s'enferme chez lui. Il dit vivre au ralenti et ne sait plus qui il est et ce qu'il deviendra à cette allure. Le patient a récemment perdu son père.

Cas Py.

Femme de 25 ans, célibataire sans enfants, hospitalisée pour complication alcoolique. On note également des facteurs associés de multiples traumas, notamment témoins de l'assassinat du père, deux viols dont le dernier est collectif. Malgré qu'elle semble résiliente, elle souffre du stress post traumatique. Elle lie les deux derniers viols à l'absence des rituels pour conjurer les malheurs du premier trauma. Elle est en conflit permanent avec sa mère. Patiente semble très anxieuse lors des entretiens. L'indice d'angoisse est nettement supérieur à la norme, de même que celui des réponses pénétration légèrement élevé, montrant ainsi la

porosité et l'instabilité des limites du corps. Elle dit être perturbée dans ses émotions et souffrir du trouble d'attention, de trouble de sommeil, des bouffées de chaleur et se plaint d'avoir des problèmes de peau (apparition des boutons).

Conclusion

Cette étude bien qu'empruntant une démarche exploratoire, nous a permis de décrire et expliquer les facteurs psycho socioculturels, les incidences du syncrétisme religieux en psychopathologie. L'application du test de Rorschach nous ont permis d'analyser les processus psychiques mis en jeu. Grace au dessin libre de vie, nous avons pu accéder à une mine d'informations, qui retrace l'expérience de vie dans la temporalité. Il semble que la plupart des sujets soumis à notre étude, éprouvent des sentiments profonds, qui paralysent et empêche la reconstruction narcissique. La maladie semble provoquer la reviviscence de tous les évènements négatifs de vie. L'effondrement narcissique constaté chez les patients n'est pas seulement dû à la maladie, mais aussi à l'émergence des angoisses liées aux préjugés sociaux, aux champs des croyances. Le choc culturel a entraîné la confusion, et la perte de repère, ce qui se traduit par l'empêchement ou l'enferment psychique.

La population d'étude est composée de six sujets dont quatre femmes et deux hommes, d'âge compris entre 21et 45 ans, toute pathologie psychique, ethnique, appartenance religieuse confondues.

Dans cette étude, nous constatons que tous les patient viennent à l'hôpital pour plutôt continuer l'œuvre du tradithérapeute, du pasteur, du prêtre guérisseur ou l'exorciste. Car ceux-ci sont les premiers à recevoir les malades et à établir leur diagnostic. Par exemple, les patients sont décrits par ces formulations, soit comme étant « *possédé des esprits* » ou encore qu'il soit « *habité par un esprit* ».

La totalité des patients croient que leur souffrance est d'origine mystique. Le trouble est par conséquent perçu comme une attaque pouvant venir de la société, de la famille, de l'être suprême, ou encore des fétiches ou esprits intermédiaires. Malgré l'amendement total des signes cliniques de la maladie, le Moi est encore cadenassé par le vécu et la représentation. Les indices d'angoisse sont élevés. Les indicateurs de barrière /pénétration témoignent, soit de la porosité de l'image du corps, c'est-à-dire la fragilité des enveloppes psychiques ; Soit de sa solidité, et servirait de membrane de séparation et d'isolement contre la menace de démantèlement narcissique. Tous les patients se sont reconvertis à la religion chrétienne. La croyance dans les cultures togolaises peut se concevoir comme socle de protection, bouclier,

et par conséquent s'avère être un mécanisme de défense et jouerait un rôle de contenant psychique. Cependant, en même qu'elle peut aider le sujet à se projeter dans la temporalité, elle peut aussi être à l'origine de l'effondrement narcissique du sujet. Il apparaît que les souffrances psychiques soient rapidement associées aux transgressions des normes de valeur.

Les facteurs socioculturels heurtent l'immense effort, ce qui traduit le maintien du fossé creusé par la maladie, entre la vie quotidienne du sujet et le corps social. Le facteur « croyance » apparaît comme une arme à double tranchant. Il est donc impossible de la désarmer, sans causer des blessures narcissiques. La dégradation fonctionnelle des sujets, semble provenir des tensions internes associée aux champs de croyances, où l'identité a été moulée et façonnée.

Les résultats obtenus à l'issue de cette présente recherche nous permettent de dire que nos hypothèses sont confirmées. Au terme de cette recherche nous estimons que nos objectifs sont presque atteints. Toutefois, nous sommes conscients que la présente recherche n'est qu'une ébauche et que le sujet traité mérite un approfondissement en vue de dévoiler tous les aspects qu'il cache encore. Par ailleurs d'autres travaux pourraient aborder :

- Étendre le test de rorschach sur une grande population en vue de sa validation
- Approche psychodynamique des fausses couches

SUGGESTIONS

Pour la valorisation de ce travail de recherche, deux articles seront extraits de cette thèse pour publication. Cela portera sur les thématiques :

- Perte de repère et angoisse du syncrétisme : Angoisse de multiple affiliation
- Rituels dans les processus de reconstruction narcissique

Sur le plan pratique et thérapeutique, nous avons fait quelques suggestions :

A l'endroit des autorités administratives et politiques

- Accentuer la lutte contre les pathologies psychiques à travers des ateliers de formation, des manifestations socioculturelles, des matériels imprimés, des réunions dans le cadre de séminaires nationaux et internationaux.
- Instaurer une prise en charge pluridimensionnelle en associant les médecins, les psychiatres, les psychologues, les sociologues, les anthropologues, les tradipraticiens et les religieux
- Financer et encourager les études en santé mentale.
- Accorder des subventions pour venir en aide aux parents souffrant de pathologies mentales lourdes.
-

A l'endroit des spécialistes et du personnel de la santé mentale

- Intégrer et surtout respecter les croyances des patients et leur entourage dans les processus de prise en charge.
- Favoriser l'écoute, encourager l'expression et apporter des explications aux différentes questions des patients et leur entourage.
- Rassurer les parents en leur donnant les informations nécessaires sur les pathologies psychiques.
- Proposer une psychothérapie familiale pour lutter contre les répercussions psychiques sur la famille.

Bibliographie

Abric, J.-C. (Ed.) (1994), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF.

Adansikou K. et al. 2017, Influence de la religion dans la somatisation dépressive en Afrique, publié dans *Anales Médico-psychologique* (N°6 vol 175)

Adewuya, A. et Makenjula R. (2008). Lay beliefs regarding causes of mental illness in Nigeria: Pattern and correlates. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43, 336-341.

Apfelbaum, L. (2002). Une fonction du cauchemar : le traitement du pénible. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 5(1), 117-127. Doi :10.3917/lcpp.005.0117.

American Psychiatric Association (2013), DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Traduction française)

Assoun P-L. (2013), La jouissance entravée, *Psychanalyse du sujet empêché*, (p51-74),

Assoun P-L (2014), L'infranchissable Rubicon. Le sujet de l'inhibition. *La clinique lacanienne, Erès, 2014, Inhibition 26, pp.29-52. 10.3917/cla.026.0029. hal-01496434*

Aulagnier P., (1975, *L'interprétation de la violence, et la pensée délirante primaire in la violence de l'interprétation* (P.217-363).

Azoulay, C., Emmanuelli, M., Rausch de Traubenberg, N., Corroyer, D., Rozencwajg, P. & Savina, Y. (2007),

Balestrière L. (2006), Le symptôme ou malaise informe, *Cahier de psychologie clinique*, 2006/1 N°26 Pages 13-27

Balint M., in *Amour primaire et technique psychanalytique*, traduit de l'anglais par J. Dupont, R. Gelly, S. Kadar, Payot, 2001

Belot, R. (2014). La singularité des protocoles Rorschach chez une population de femmes en période postnatale. *Devenir*, vol. 26(3), 165-204. doi:10.3917/dev.143.0165.

Bernard N (2006), communication colloque : *lettre lacanienne, lectures plurielles*, à Lyon

Bodenmann G., (2007), *La psychanalyse*

Chabert C. et Verdon B., (2016), *Psychologie clinique et psychopathologie*, Puf

Chabert C. (2013), *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod, 1998/2013, coll. « Topos »

Chabert C., (2012) *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique*, 3^{ème} éd. Dunod,

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42. doi:10.3917/rsi.082.0031.

Chabrol H., et Callahan S. (2005), *Mécanismes de défense et coping*, 2^{ème} édition Dunod

Cherki A. (2012), Exclusion et empêchement subjectif, *Psychanalyse et exil*, publié sur le site internet www.parole-sans-frontiere.org, consulté le 13/06/2019

Chérifa Sider et al. « De la stigmatisation à l'exclusion de la personne désignée comme malade mentale en Algérie », *Perspectives Psy* 2015/2 (Vol. 54), p. 142-147. DOI 10.1051/psy/2015542142

Chaurand N. et Brauer M., 2008, Les stéréotypes et la variabilité perçue dans les groupes : Etats des lieux et enjeux (stéréotypes et variabilité perçue dans les groupes : état des recherches et enjeux actuels), *L'année psychologique*, 108, 133-167.

Ciccone, A. & Ferrant, A. (2010). Indices de honte et dispositif psychothérapeutique. *Dialogue*, 190(4), 41-53. doi:10.3917/dia.190.0041.

CIM-10 (1994). *Classification internationale des maladies.10^{ème} revision. ChapitreV(F) : Trouble mentaux et du comportement. Description clinique et directives pour le diagnostic, par l'Organisation Mondiale de la Santé (Genève)*. Traduction de l'anglais coordonnée par C.B Pull.1993, 336 pages

Combessie P., (2003), Les fonctions sociales de l'enfermement carcéral : constats, hypothèses, projets de recherche. Sciences de l'Homme et Société. Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis, 2003. fftel-00464087

Debroux P., (2012), Fonctionnements névrotiques in Manuel du test de Rorschach, Approche formelle et psychodynamique, (P132) De Boeck.

Delouée S. et Légal J-B., (2008), *Stéréotypes, préjugés et discrimination*, les Topos, éd. Dunod

Desjardins-Begon D., (2013), *Défaillances narcissiques et troubles de l'estime de soi dans les conduites addictives* : revue de la littérature et étude de cas cliniques. Médecine humaine et pathologie. 2013. ffdumas-00918394

Diederich N. (1990), *les naufragés de l'intelligence*, Parole et trajectoire de personnes désignées comme « handicapées mentales », édition La découverte, ISBN 9782707143242

Djassoa G. (1985), thèse de doctorat *Esquisse théorique des pratiques thérapeutiques chez les nawdeba du Nord-Togo*. Contribution à l'étude psychologique de la médecine traditionnelle, sous la direction de Pr Villerbu L.

Duez B. (2005), L'enfermement et les issues de l'indécidabilité », *Adolescence* 2005/4 (n°54), p. 825-859. DOI 10.3917/ado.04.0825

Duverger P. et Al. (2005), l'enfermement chez l'adolescent, *l'adolescence* 2005/4 (n°54) p. 861-875

Emmanuelli M., Azoulay C., Bailly-Salin M-J. et Martin M. (2001)

Azoulay C., Emmanuelli, M., Rausch de Traubenberg, N., Corroyer, D., Rozencwajg, P. & Savina, Y. (2007). Les données normatives françaises du Rorschach à l'adolescence et chez le jeune adulte. *Psychologie clinique et projective*, 13(1), 371-409. doi:10.3917/pcp.013.0371.

Azoulay C.& Emmanuelli M, (2012), *Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach*, Dunod

Faure-Pragier, S. (2003). Défaut de transmission du maternel. Absence de fantasme, absence de conception ? Dans : Jacques André éd., *Mères et filles : Les menaces de l'identique* (pp. 53-75). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. doi: 10.3917/puf.andre.2003.01.0053

Ferro A., (2004), *Facteurs de la maladie, facteurs de guérison*, exploration psychanalytique, éd. In Press

Forthomme, B. (2011). Croisements du psychique et du spirituel. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 267(4), 71-110. doi:10.3917/retm.267.0071.

Foucault, M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, coll. Bibliothèque des histoires de la prison.

Freud A., (2001), *Le moi et les mécanismes de défense*, Bibliothèque de la psychanalyse, 15^{ème} édition, Puf

Freud S. (1926), *L'inhibition, symptôme et l'angoisse*, Puf

Freud S., (1933), *Révision de la science du rêve*,

Freud S., (1966), *Introduction à la psychanalyse*, éd. Petite Bibliothèque Payot

Freud S. (1971), *Malaise dans la civilisation*, Puf

Freud S. (2010), *L'interprétation du rêve*, Traduction et présentation par Lefebvre, éd. Du seuil

Gérard, C. (2009). L'inhibition et ses liens avec le père primaire. *Revue française de psychanalyse*, vol. 73(2), 369-384. doi : 10.3917/rfp.732.0369.Puf, revue française de psychanalyse.

Gerber, S. & Raffy, A. (2004). Entretien avec Edmond et Marie-Cécile Ortigues. *Le Coq-héron*, n° 176(1), 43-58. Doi : 10.3917/cohe.176.0043

Goffman E. (1961), *Asile*

Gorog J-J. (2013), *L'affect en acte*, 2013/2 N°14 p 99-105.

Gouvernet, C. (2015). Expériences plurielles de l'enfermement : entre rejet et reprise de contrôle. *Espaces et sociétés*, 162(3), 31-46. doi :10.3917/esp.162.0031.

Grinschpoun. M-F. (2019), *L'inhibition/un agir empêché*, 3^{ème} édition (Essai psycho) Enrick B

Gros M. et Lanteri Laura G., (1996), *De la mélancolie aux dépressions*, in : *La douleur Morale*, ouvrage collectif, Edition du Temps.

Guigbile B. D. (2015), *L'angoisse du syncrétisme du syncrétisme religieux dans le contexte africain*, journée scientifique internationale, Psycause (Togo).

Haie B. (2010), *De l'angoisse au symptôme*, *Erès/ Figure de la psychanalyse*, 2010/1 N° 19 Pages 119-129,

Ionescu, S. (2007). Les mécanismes de défense. Dans : Magali Molinié éd., *La Psychanalyse : Points de vue pluriels* (pp. 119-127). Auxerre, France : Editions Sciences Humaines.

Ionescu, S. et al., (2012), *Les mécanismes de défense*, Théorie et clinique. Cursus, Ed. Armand Colin

Jaccard R. (1979), *la folie*, éditions, Puf

Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, n° 8(2), 21-29. doi : 10.3917/pp.008.0021

Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. doi: 10.3917/puf.jodel.2003.01.

Jung C. G. (2000), *Interprétation des rêves*, Traduction Alexandra Tondat, éd. Le livre de poche,

Klein M., (1959), *La psychanalyse des enfants*, p219, PUF.

Kpanake L., (2018), Cultural concepts of the person and mental health in Africa, *Transcultural psychiatry*

Lacan J. (1962), Séminaire X à propos de l'angoisse

Lalvée B. (2010), Un Homme-Symptôme, Passion de l'être, lettre en souffrance, *Erès/ « Figure de la psychanalyse », 2010/1 N°19 Pages 141-151*

Laplanche J. et Pontalis, J.B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, éd. Presse universitaire de France, Paris.

Le Petit Larousse, (2004), illustré, *Dictionnaire de la langue française*.

Levesque, A. et Rocque R. (2015), Représentations culturelles des troubles de santé mentale des immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice*, 5(1), 69-82

Maïdi H., (2003), *La plaie et le couteau*, Et si la victime était son bourreau, éd. Delachaux et Niestlé,

Maïdi H., (2012), *Clinique du narcissisme : L'adolescent et son image*. Paris : Armand Colin. doi: 10.3917/arco.maid.2012.01.

Maïdi H., (2015), *Le féminin et des images*, Approche clinique et psychopathologique, (p.187-211), Armand Colin.

Mampunzu et al. (2009), *Religion et psychopathologie africaine*, « *l'information psychiatrique* », 2009/8 Volume 85, Pages 769-774

Mijolla-Mellor S., (2004), *Le besoin de croire, Métapsychologie du fait religieux*, Dunod

Minkowski E. (2013), *Le temps vécu : Études phénoménologiques et psychopathologiques* (pp. 1-7). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France

- Moscovici, S. 1961, *La psychanalyse son image son public*, Paris, PUF.
- Moussa N. (2010), *le bonheur d'être soi*, édition Fayard, livre de poche, 10045
- Napon, A. (1999), Quelques faits d'appropriation du français à l'école secondaire à Ouagadougou
- Ndabavunye, I. (2005). De la pertinence du rite de passage dans la reconstruction du lien social au Rwanda : Perspectives clinique et thérapeutique sur une recherche – action. *Thérapie Familiale*, vol. 26(2), 103-123. doi :10.3917/tf.052.0103.
- Noël, D. (2010). Le symptôme dans tous ses états. *Figures de la psychanalyse*, 19(1), 131-140. doi :10.3917/fp.019.0131.,
- Péchoux Raymond. Séméiologie des « chocs » dans le test de Rorschach. In: Bulletin du groupement français du Rorschach, n°5-6, 1954. pp. 2-5;
- Pedinielli, J-L et Fernandez, L. (2015), l'observation clinique et l'étude de cas, 3^{ème} édition (p35) Armand Colin
- Pélicier, Y. (2013). Vivre le temps : Eugène Minkowski. Dans, E. Minkowski, *Le temps vécu : Études phénoménologiques et psychopathologiques* (pp. V-XI). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.
- Perry J.C. et al, (2009), *Mécanismes de défense : principe et échelles d'évaluation*, Pratique en psychothérapie, 2^{ème} édition, Masson
- Quiceno L.G.G. (2015), thèse de doctorat, *Le sujet et son rapport au manque chez Freud, Lacan et maître Eckhart*, sous la direction de
- Richelle J., Debroux P., De Noose L. et Malempré M., (2012), Manuel du test de Rorschach, Approche formelle et psychodynamique, éditions de boeck
- Richelle, J. (dir.). (2017), *Manuel du test de Rorschach* (2^{ème} éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur
- Ricœur P. (1994), La souffrance n'est pas la douleur, in *Autrement*, n°147
- Rossier J. (2017), « PERSONNALITÉ ». In Universalis éducation [en ligne]. Encyclopædia Universalis, consulté le 11 janvier 2017. Disponible sur <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/personnalite/>

- Tisseron S. (1992), *la Honte, Psychanalyse d'un lien social*,
- Tychev, C., Huckel, C., Rivat, M. & Claudon, P. (2012). Nouvelles normes adultes du test de Rorschach et évolution sociétale : quelques réflexions. *Bulletin de psychologie*, numéro 521(5), 453-466. doi:10.3917/bupsy.521.0453.
- Sillamy, N. (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie*. Paris : Bordas
- Sillamy, N. (2019). *Dictionnaire usuel de psychologie*. Paris
- Sow, I. (1977), *Psychiatrie, dynamique Africaine*, Paris, Payot, 280 P
- Sow I. (1978), *Structure anthropologique de la folie en Afrique Noire*, Paris, Payot, 196 p
- Stryckman N. (2001), Symptômes, et maladie et santé mentale, *2001/2 N° 17 Pages 19-30*.
- Tonda, J. (2001). Le syndrome du prophète : Médecines africaines et précarités identitaires. *Cahiers d'études africaines*, 161(1), 139-162. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-d-etudes-africaines-2001-1-page-139.htm>.
- Vidal J-P. (2002), L'embolie psychique, une penchée diabolique de la pensée perverse, *2002/1 N°38 pages 141-172*
- Walton, M. (2008). La culture a un impact sur la pauvreté ; mais pas à cause d'une culture de la pauvreté. *Afrique contemporaine*, 226(2), 133-190. doi :10.3917/afco.226.0133.
- Wilhelm R. (1973), *L'analyse caractérielle*, Payot, Paris
- William A. H., Silès J., Tarquinio P., Tarquinio C., (2017), Trauma et culture, Influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique et perspective psychothérapeutiques
- Zempleni A., (1975), « De la persécution à la culpabilité », In Piault C(éd). *Prophétisme et Thérapeutique*. Albert Atcho et la Communauté de Bregbo. Paris : Hermann, coll. « Savoir », 1975 : 153-218

Annexe

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE**

Titre de la recherche :

La notion d'empêchement et d'enfermement psychique

Je soussigné(e).....accepte
de participer à l'étude **portant sur la notion d'enfermement**

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par le psychologue
BOUKILINAM KAWAKA Têtouhêwa David.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement
et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée à des fins scientifiques.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités.
Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet