



Le cerveau d'Homer

Ecouter les patients ou agir sur leurs neurones ?

cours du 18 mars. UPA. Joëlle Molina



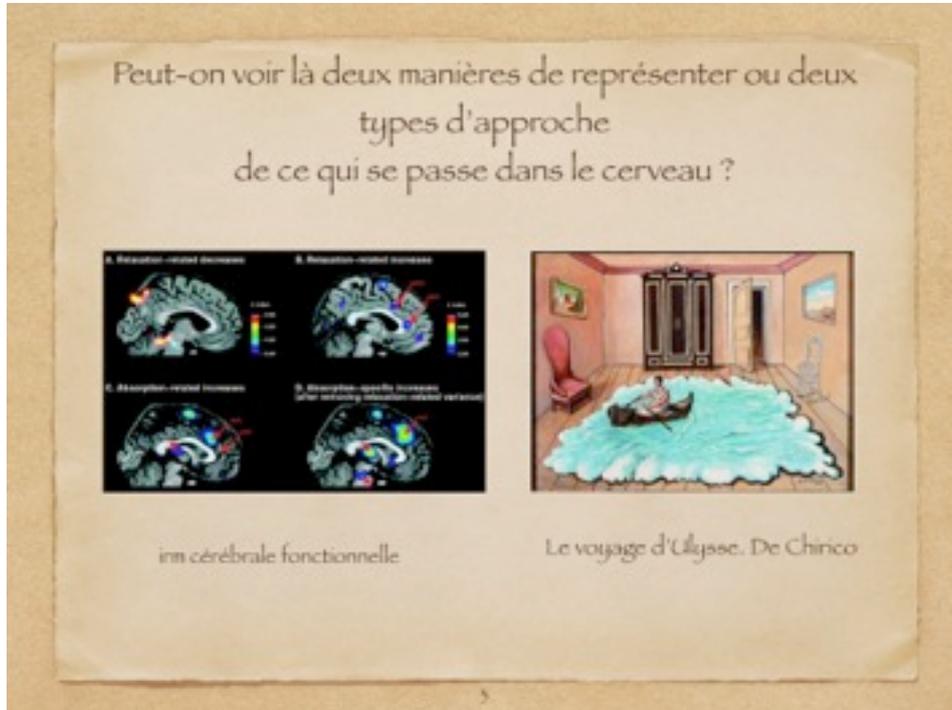
Le divan et / ou l'imagerie fonctionnelle cérébrale
comme outil de connaissance du psychisme ?

Imagerie fonctionnelle et imagerie fictionnelle

Les techniques d'imagerie fonctionnelles cérébrales fascinent et font rêver. Elles sont un apport incomparable à la chirurgie du cerveau et à la neurologie en général. Elles permettent aussi d'étudier le cerveau vivant. Elles permettent d'essayer de comprendre son fonctionnement.

Mais ces études n'en sont qu'à leurs balbutiements. Et la physiologie du cerveau reste entière à découvrir, le fonctionnement de la mémoire, des apprentissages, des liens entre intelligence et vie émotionnelle sont encore à l'état de champ de recherche. Aussi, une question se pose et de taille :

Qu'en est-il de l'application des résultats de recherches encore embryonnaires en psychiatrie, en pédopsychiatrie et dans le domaine de l'éducation ?
Sous couvert de rigueur scientifique, ne renferment-elles pas une bonne dose de rêve et de science fiction ? cette science fiction qui est capable de faire naître des créatures comme Frankenstein.

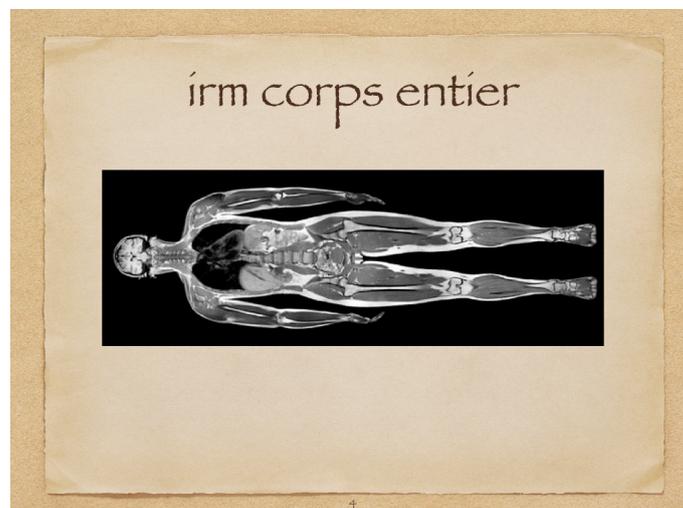


La question que j'ai proposé est la suivante : écouter les patients ou agir sur leurs neurones ?

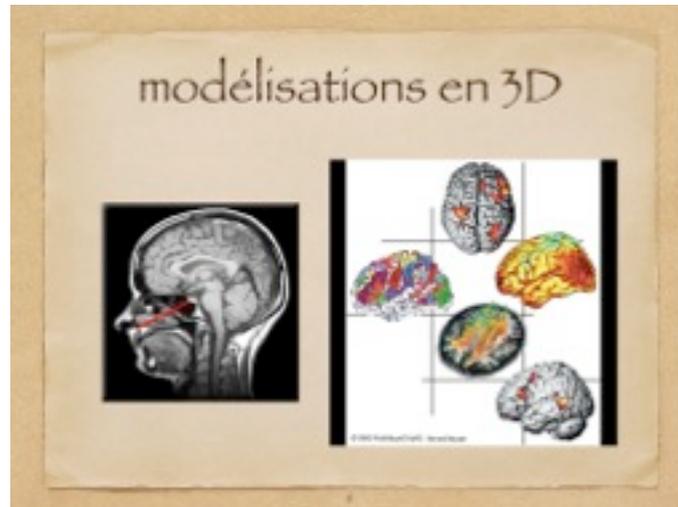
psychanalyse ou neurosciences : cherchons les erreurs.

Nous allons essayer de poser cette question sans chercher la petite bête.

D'abord quelques images et des questions

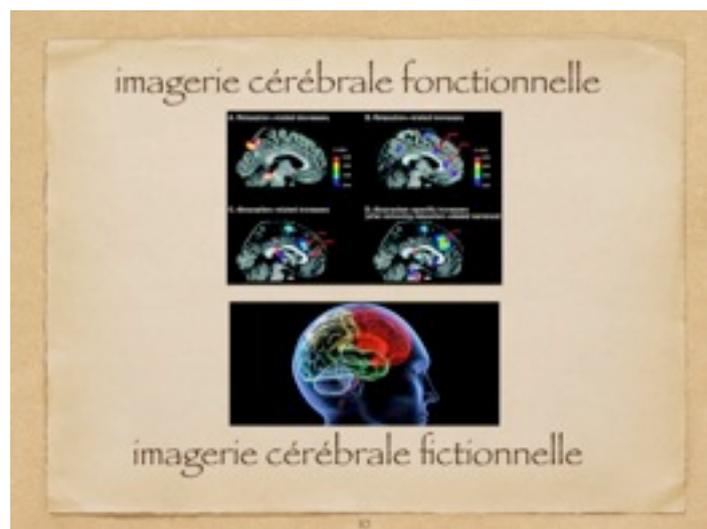


Sur ce scanner corps entier, qui imagine un être vivant ? qui voit un mort ? qui voit un homme dans son cerceuil ?

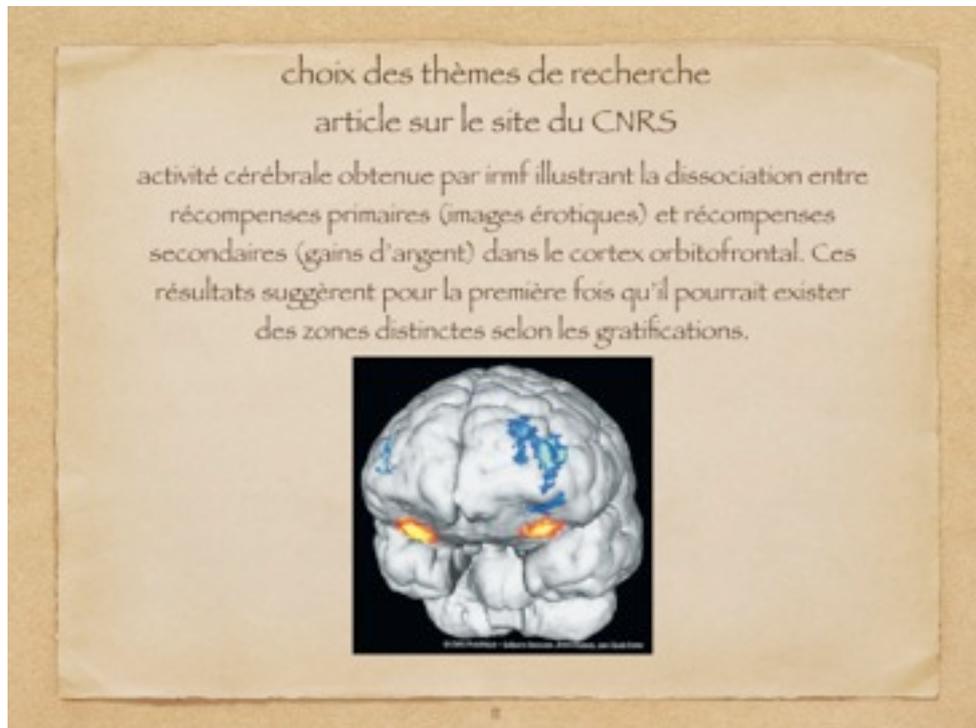


Les techniques d'imagerie cérébrales permettent une chirurgie sans ouverture de la boîte crânienne, ce qui est un immense progrès. Le trait rouge sur l'IRM cérébrale de gauche, montre les possibilités d'opérer une tumeur située dans un endroit difficilement accessible.

Pour les techniques d'imagerie, il suffit de coupler l'imagerie avec les traitements informatiques, les images sont beaucoup plus lisibles, mais c'est aussi la porte ouverte au rêve. Car entre les images rendant compte de la réalité et la fiction numérique la limite devient imprécise.



Qu'en est-t-il alors des axes de recherche ?



L'inconscient et la parole comme méthode

Je vais revenir maintenant sur ce que j'ai dit la semaine dernière et aller un tout petit peu plus loin.

Nous avons donc vu la dernière fois quelle était la méthode utilisée par la psychanalyse pour explorer l'inconscient.

C'est la méthode de la libre association qui est la consigne donnée par l'analyste à son analysant. Mais, nous l'avons vu, il est possible d'utiliser cette méthode soi-même pour soi-même.

C'est d'ailleurs cette méthode que Freud utilise dans son autoanalyse.

Elle est formulée par Freud ainsi :

«Je vous prie de me faire part loyalement et sans critique de tout ce qui vous passera par la tête, lorsque vous dirigerez votre attention, sans aucune intention définie, sur le mot oublié.» ou sur la partie du rêve que nous sommes en train d'analyser.

Cette méthode est utilisée par Freud pour l'analyse de toutes sortes d'erreurs, les lapsus divers, les oublis et les faux souvenirs, mais aussi pour les mots d'esprit.

L'erreur et en particulier l'erreur liée à des ratés de la mémoire est considérée par Freud comme une voie d'accès à l'inconscient.

C'est cette méthode qui est aussi utilisée pour l'analyse du rêve considéré comme un rébus.

On a vu que cette méthode a été travaillée poétiquement par les surréalistes et a permis de créer des images inédites qui ressemblent par leur étrangeté aux images de nos rêves.

Sophie Roux nous a montré que le rêve avait été représenté bien avant la psychanalyse dans la peinture. On y a vu que dans les tableaux de Carpaccio ou de Goya, le traitement du rêve était totalement différent de ce qui se voit sur les peintures de Magritte, de Dali ou de Max Ernst par exemple.

Sur les tableaux montrés par Sophie Roux, le rêveur est représenté en même temps que les éléments de son rêve. Le songe révèle la puissance infinie de Dieu au dormeur qui n'est que le double du spectateur croyant. Cette manière de représenter le songe marque une rupture d'avec les songes et les modalités interprétatives de l'antiquité païenne.

La psychanalyse semble avoir donc changé notre rapport à l'erreur, mais aussi le rapport que nous entretenons avec les rêves de notre vie nocturne.

Dans les tableaux de Magritte et de Dali, c'est le rêve lui-même qui est le sujet du tableau, C'est le contenu du rêve dans son apparente incohérence.

Et le tableau fait rêver le spectateur et travaille sur les analogies qu'il induit dans l'esprit du spectateur du tableau.

Voici un tableau de Dali intitulé «rêve causé par le vol d'une abeille autour d'une grenade une seconde avant l'éveil.»

http://www.museothyssen.org/thyssen/zoom_obra/352

«Dali dit avoir voulu mettre en image pour la première fois les découvertes de Freud d'un rêve typique avec un long sujet, conséquence de l'instantanéité d'un accident que provoque l'éveil.»

Ainsi, comme la chute d'une barre sur le cou d'une personne endormie provoque simultanément son éveil, et la fin d'un long rêve qui prend fin avec la chute sur elle du couperet d'une guillotine, le bruit d'une abeille provoque ici la sensation de la pique qui réveille Gala »

La psychanalyse a modifié le rapport des artistes à leurs rêves. Peut-on dire qu'elle leur a ouvert les portes de l'inconscient ?

Dans «La révolution surréaliste» dont les premiers numéros paraissent en 1924 on lit ces mots :

Le procès de la connaissance n'étant plus à faire, l'intelligence n'entrant plus en ligne de compte, le rêve seul laisse à l'homme tous ses droits à la liberté. Grâce au rêve, la mort n'a plus de sens obscur et le sens de la vie devient indifférent.

Chaque matin, dans toutes les familles, les hommes, les femmes et les enfants, S'ILS N'ONT RIEN DE MIEUX À FAIRE, se racontent leurs rêves. Nous sommes tous à la merci du rêve et nous nous devons de subir son pouvoir à l'état de veille. C'est un tyran terrible habillé de miroirs et d'éclairs. Qu'est-ce que le papier et la plume, qu'est-ce qu'écrire,

qu'est-ce que la poésie devant ce géant qui tient les muscles des nuages dans ses muscles ?

On trouve dans le premier numéros et les numéros qui suivent 35 récits de rêve. Et des écrivains comme Aragon, Artaud, Queneau, Leiris, le peintre Giorgio de Chirico ont livré un de leurs rêves.

Je vous propose celui de De Chirico car il fait lien avec sa peinture.



Giorgio de Chirico, *la Révolution surréaliste*, no 1, section « Rêves », 1er décembre 1924

«En vain je lutte avec l'homme aux yeux louches et très doux. Chaque fois que je l'étreins il se dégage en écartant doucement les bras et ces bras ont une force inouïe, une puissance incalculable;...C'est mon père qui m'apparaît ainsi en rêve et pourtant quand je le regarde il n'est pas tout à fait comme je le voyais de son vivant, au temps de mon enfance. Et pourtant c'est lui; La lutte se termine par mon *abandon*; *je renonce*; puis les images se confondent;..... Je me trouve sur une place d'une grande beauté métaphysique; c'est la *piazza Cavour* à Florence peut-être; ou peut-être aussi une de ces très belles places de Turin, ou peut-être aussi ni l'une ni l'autre; on voit d'un côté des portiques surmontés par des appartements aux volets clos, des balcons solennels. À l'horizon on voit des collines avec des villas; sur la place le ciel est très clair, lavé par l'orage, mais cependant on sent que le soleil décline car les ombres des maisons et des très rares passants sont très longues sur la place.Tout à coup je me trouve sous les portiques, mêlé à un groupe de personnes qui se pressent à la porte d'une pâtisserie aux étages bondés de gâteaux multicolores; la foule se presse et regarde dedans comme aux portes des pharmacies quand on y porte le passant blessé ou tombé malade dans la rue; mais voilà qu'en regardant moi aussi je vois de dos mon père qui, debout au milieu de la pâtisserie, mange un gâteau; cependant je ne sais si c'est pour lui que la foule se presse;

une certaine angoisse alors me saisit et j'ai envie de fuir vers l'ouest dans un pays plus hospitalier et nouveau, et en même temps je cherche sous mes habits un poignard, ou une dague, car il me semble qu'un danger menace mon père dans cette pâtisserie et je sens que si j'y entre, la dague ou le poignard me sont indispensables comme lorsqu'on entre dans le repaire des bandits, mais mon angoisse augmente et subitement la foule me serre de près comme un remous et m'entraîne vers les collines; j'ai l'impression que mon père n'est plus dans la pâtisserie, qu'il fuit, qu'on va le poursuivre comme un voleur, et je me réveille dans l'angoisse de cette pensée.»

En faisant le récit de ce rêve, De Chirico révèle une des sources d'inspiration des espaces qu'il peint, il suffit pour cela de confronter une image de la piazza Cavour à ses tableaux.

La psychanalyse a aussi attiré l'attention sur l'enfant, sur le psychisme de l'enfant, en fait des enfants que nous avons été. Elle semble révéler cette évidence : nous avons été des enfants et ça compte au plus haut point dans les adultes que nous sommes devenus.

On trouve dans les premiers numéros de la révolution surréaliste trois rêves d'enfants qui ont autour de 10 ans. Ils ont l'avantage d'être recueillis en dehors de toute consultation médicale et apparaissent là finalement dans leur banalité.

Collombet, 10 ans, *la Révolution surréaliste*, no 3, section « Rêves », 15 avril 1925

Un squelette vint me dire : je veux te prendre parce qu'il y a longtemps que tu vis, petit. Je vais prendre une fourche pour t'emporter chez le diable. Arrivés chez le diable il n'y avait pas assez de place pour moi. Le diable dit : puisqu'il n'y a pas assez de place, je vais t'avalier. Dans le ventre du diable j'ai vu plein de petits enfants. Mais le diable dit : sors de mon ventre, petit monstre. Et maintenant, va-t'en sur la terre. Le squelette revint me dire qu'il fallait que je me réveille. Mon rêve était fini.

Duval, 11 ans, *la Révolution surréaliste*, no 3, section « Rêves », 15 avril 1925

Une fois j'ai rêvé que j'étais dans ma chambre. Tout à coup mes bottes glissent sur le parquet, montent au mur. Quand elles furent tout en haut du mur, je leur crie : envoyez-moi des cartes-postales. Et quand elles furent montées, tout à coup je vois dans le mur des diables rouges avec de longues oreilles. Ils me bousculaient, ils sautaient sur le lit. Il y en a un qui s'assit sur le fauteuil. Le fauteuil se retourne vers le mur et le diable rouge est porté dans le mur, et les autres dans le parquet. Le dernier grimpe au mur. Je prends un torchon que je lui jette. Il le prend et s'en va.

Lazare, 11 ans, *la Révolution surréaliste*, no 3, section « Rêves », 15 avril 1925

Un jour j'ai rêvé qu'un chien était venu me chercher pour tuer des rats. J'ai pris un sabot et j'ai tapé sur un rat qui fut tué. Alors le chien a pris le rat et il l'a enterré dans la terre et il mit des fleurs jaunes et des roses fanées et il l'arrosait avec le besoin qu'il avait.

On comprend en entendant ces récits de rêve que ce qui est le coeur du rêve c'est l'affect qui l'accompagne.

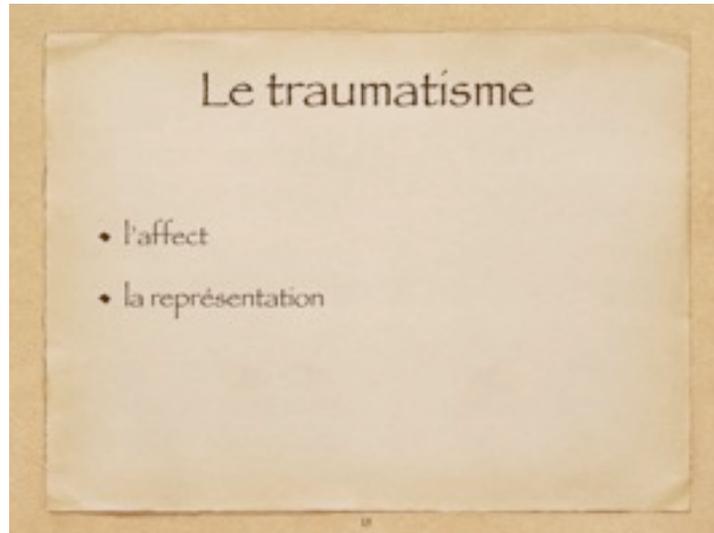
Affekt en allemand, ce serait quelque chose comme émotion. Freud écrit Affekt dans sa langue et c'est le mot affect qui a été gardé en français.

François Riether m'a donné quelques précisions.

La meilleure traduction serait en effet "émotion", mais au sens d'état passionnel, submergeant et hors contrôle.

On dit, par exemple, "im Affekt handeln" = agir sous l'emprise de la passion, au sens juridique.

Les mots allemands les plus courants pour exprimer l'idée d'émotion sont Aufregung, Erregung, Rührung.

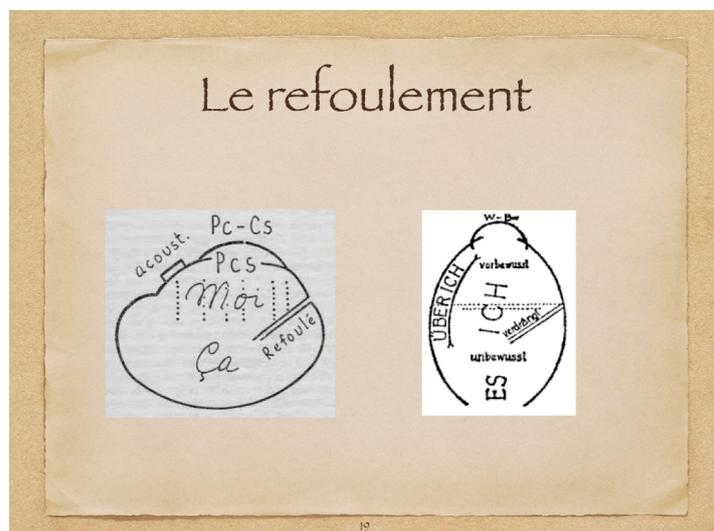


Cette notion d'affect est extrêmement importante en psychanalyse.

Pour Freud, c'est la disjonction entre l'affect lié au traumatisme et sa représentation qui est à l'origine de la névrose.

Dans la névrose obsessionnelle (ce qu'on appelle aujourd'hui les TOC ou troubles obsessionnels compulsifs) l'affect est déplacé de la représentation de l'évènement qui a été à l'origine du traumatisme sur une autre représentation.

Dans la névrose hystérique, (qui a disparu aujourd'hui de la nomenclature psychiatrique, on va le voir tout à l'heure) l'affect se réfugie dans une partie du corps et en investit la fonction et la perturbe.



La séparation entre l'affect lié au traumatisme et la représentation du traumatisme est pour les psychanalystes au principe du refoulement.

Cette tendance à séparer l'affect lié au traumatisme et la représentation de l'évènement traumatique lui-même est le fait même du traumatisme. Ce serait une sorte de physiologie du traumatisme, le fonctionnement du traumatisme, ce qui le définit, ce qui signe le traumatisme. Ce à quoi on reconnaît que l'évènement a été traumatique.

Voilà comment je pourrais traduire cela plus simplement :

je vais donner un fait d'expérience, je dis expérience non pas dans le sens d'expérimentation scientifique, mais dans le sens courant d'expérience personnelle, ou subjective. Cela pour essayer d'imager l'idée de refoulement lié au traumatisme.

Prenons par exemple l'accident de la route le plus banal. Chacun d'entre nous, soit a vu un autre y réagir ou lui en faire le récit, soit a été victime lui-même d'un accident. Je vais prendre une situation assez courante.

La voiture est bien abimée et l'accidenté sort indemne de l'accident.

Les réactions de l'accidenté, chacun l'admet, sont diverses. Schématiquement on peut classer la variété des réactions en deux catégories :

certaines personnes s'effondrent, ont un malaise ou hurlent et pleurent, d'autres veulent reprendre immédiatement leur véhicule et rentrer à la maison comme s'il ne s'était rien passé ou comme si ce n'était pas si grave ou comme si cela n'avait eu aucune conséquence sur eux ni sur le véhicule.

Je veux montrer par cet exemple d'une grande banalité, qu'il est possible au moment d'un traumatisme de complètement et immédiatement inhiber l'émotion qui se forme et dans ce cas, cela a un but, il s'agit de garder la force d'affronter la situation.

On sait aussi que souvent après un accident, certaines personnes ne peuvent plus conduire pendant plusieurs semaines car la peur les domine, comme s'ils passaient leur temps à anticiper ce qui est déjà arrivé. Cela se comprend. Mais ils peuvent aussi vivre dans une sorte d'angoisse même s'ils s'abstiennent de conduire. La peur ressentie persiste après l'accident.

Elle s'est comme séparée du moment de l'accident et existe seule.

La personne traumatisée opère une séparation, une sorte de fracture entre ce qui lui est arrivé et ce qu'elle a ressenti.

En général, elle a ressenti qu'elle aurait pu mourir, qu'elle était mortelle. Elle a compris en un instant la fragilité extrême de sa vie. L'accident a changé son rapport à sa vie et à sa mort.

Les «cellules de crise» qu'on dépêche sur les lieux des catastrophes traitent de traumatismes bien plus complexes. Mais au bout du compte, elles sont là pour aider les personnes à faire le récit de ce qu'elles ont vécu. Il s'agit en fait de parler de cette mort qui finalement ne leur est pas arrivée ce jour là. (En fait il s'agit d'éviter de faire comme si rien ne s'était passé, ce qu'on appelle ordinairement «prendre sur soi». Le résultat de cette manière de faire semble laisser l'émotion terrifiante se promener où elle peut et comme elle veut.

Ces cellules de crise aideraient à ne pas laisser le refoulement opérer et l'affect traumatique continuer à agir de manière souterraine. Il y aurait beaucoup à dire et à critiquer sur cette injonction à parler immédiatement après un traumatisme qu'elles supposent, mais nous allons laisser.)

Pour les psychanalystes, le rêve est avec les lapsus et les actes manqués une des voies qui mène à l'inconscient.

Vous remarquerez que pour le moment, je n'ai pas donné de définition de l'inconscient. Je n'ai exposé que la méthode qui permettrait à chacun de le découvrir. La méthode mène en fait un travail de remémoration de l'histoire singulière de chacun. Elle est, on le voit parfaitement écologique, elle n'a besoin d'aucun matériel, d'aucun instrument de mesure autre que soi-même, est-ce pour cela qu'elle est comme passée de mode ?

La psychanalyse comme traitement en découle : elle postule que la restauration du lien entre l'affect et la représentation du traumatisme est possible par un récit totalement subjectif fait à un autre qui l'écoute.

Une partie de la littérature du XX^e a suivi cette méthode. Serge Doubrovski donne à cela le nom d'autofiction. La forme de l'écriture est affectée par l'expérience analytique.

«Autobiographie? Non, c'est un privilège réservé aux importants de ce monde, au soir de leur vie, et dans un beau style. Fiction, d'événements et de faits strictement réels; si l'on veut, autofiction, d'avoir confié le langage d'une aventure à l'aventure du langage, hors sagesse et hors syntaxe du roman, traditionnel ou nouveau. Rencontres, fils des mots, allitérations, assonances, dissonances, écriture d'avant ou après la littérature, concrète, comme on dit musique.»

Des auteurs comme Christine Angot, Marguerite Duras, Hervé Guibert, Catherine Millet, Sophie Calle qui est venue à Avignon lire les cahiers de sa mère décédée dans l'église des Corps saints... Mais on peut ranger Marcel Proust par anticipation dans le genre.

L'inconscient alors serait ce que Proust appelle «le lac inconnu».

L'un des deux [...] répétait toutes les deux minutes à l'autre avec un sourire mi-interrogateur, mi-destiné à persuader : « Quoi ! Après tout on s'en fiche ? » Mais [...] il est probable qu'il ne s'en fichait pas tant que cela car cette parole n'était suivie d'aucun mouvement pour entrer mais d'un nouveau regard vers l'autre, suivi du même sourire et du même après tout on s'en fiche. C'était, ce après tout on s'en fiche, un exemplaire entre mille de ce magnifique langage, si différent de celui que nous parlons d'habitude, et où l'émotion fait dévier ce que nous voulions dire et épanouir à la place une phrase tout autre, émergée d'un lac inconnu où vivent ces expressions sans rapport avec la pensée et qui par cela même la révèlent. (t. IV, p. 4011)

Comme je n'ai pas dit un seul mot sur Jacques Lacan, je vais vous proposer la définition que Lacan donne de l'inconscient dans un style, vous allez être surpris, tout à fait limpide :

«L'inconscient est ce chapitre de mon histoire qui est marqué par un blanc ou occupé par un mensonge : c'est le chapitre censuré. Mais la vérité peut être retrouvée ; le plus souvent déjà elle est écrite ailleurs. A savoir :

- dans les monuments : et ceci est mon corps c'est à dire le noyau hystérique de la névrose où le symptôme hystérique montre la structure d'un langage et se déchiffre comme une inscription qui, une fois recueillie, peut sans perte grave être détruite ;
- dans les documents d'archives aussi : et ce sont les souvenirs de mon enfance, impénétrables aussi bien qu'eux, quand je n'en connais pas la provenance ;
- dans l'évolution sémantique : et ceci répond au stock et aux acceptions du vocabulaire qui m'est particulier, comme au style de ma vie et à mon caractère ;
- dans les traditions aussi, voire dans les légendes qui sous une forme héroïsée véhiculent mon histoire ;
- dans les traces, enfin, qu'en conservent inévitablement les distorsions nécessités par le raccord du chapitre adultéré dans les chapitres qui l'encadrent, et dont mon exégèse rétablira le sens.»

Ainsi, pour la psychanalyse, prendre la parole est suivi d'effets.

Peut-on donc admettre que l'écriture puisse avoir des effets de dévoilement ?

Ici, on va revenir à Pierre Rivière, ce jeune paysan qui en 1830 égorge sa mère, sa soeur et son frère. J'en ai parlé la dernière fois. Il y a eu très peu de commentaires de ce texte. Je n'en ferai pas, je me contenterai de vous proposer d'établir un lien entre deux parties du texte.

«Dans ce temps la passion charnelle me genait. Je pensais qu'il était indigne de moi de jamais penser à m'y livrer. J'avais surtout un horreur de l'inceste cela faisait que je ne voulais pas approcher des femmes de ma famille, quand je pensais en avoir approché de trop près, je faisais des signes avec ma main comme pour réparer le mal que je croyais avoir fait. Mon père et ma mère étaient désolés de ces choses qui ont duré l'espace de un an.»
p.155.

«Je ferais mes déclarations que je pourrais pour mon père, qu'on avait beau soutenir les femmes, que cela ne triompherait pas, que mon père serait désormais tranquille et heureux; je pensais que je dirai aussi : autrefois on vit des jael contre des Sisara, des Judith contre des Holophernes, des Charlotte Corday contre des Marat ; maintenant il faudra que ce soient les hommes qui emploient cette manie, ce sont les femmes qui commandent à présent, ce beau siècle se dit de lumière, ce nation qui semble avoir tant de gout pour la liberté et pour la gloire, obéit aux femmes, les romains étaient bien mieux civilisés, les hurons et les hottentots, les alquongins, ces peuples qu'on dit idiots, les sont même beaucoup mieux, jamais ils n'ont avili la force, ce sont toujours été les plus forts de corps qui ont toujours fait la loi chez eux.»
p.163

Lui, Pierre Rivière, n'établit aucun lien entre ces événements de l'adolescence et la haine qu'il développe vis à vis de sa mère. Pour lui, le meurtre se justifie d'avoir voulu délivrer son père de cette méchante femme et il affirme que Dieu l'a commandé. Dieu a commandé à Pierre Rivière de défendre son père.

Pourrait-on établir un lien entre sa problématique sexuelle de l'enfance et les justifications moralisatrices du triple meurtre que Pierre Rivière commet ?

Ou tout simplement Rivière avait-il le cerveau dérangé ?
Doit-on penser avec le Dr Vastel que l'aliénation de Rivière trouve sa cause dans la famille même de Rivière où la folie est héréditaire ?

Si la maladie est héréditaire, c'est qu'elle trouve sa marque dans le corps ou le cerveau de l'aliéné.

Penser ainsi a évidemment des conséquences pour la thérapeutique.

Agir sur le cerveau



Vouloir agir sur le cerveau pour guérir la folie n'est pas chose neuve. On dispose de représentations nombreuses de l'extraction de la pierre de folie.

Jérôme Bosch représente l'extraction de la pierre de folie dans un petit tableau de la fin du XV^e. Dans ce tableau, Bosch a remplacé la « pierre » qui est traditionnellement l'objet de l'extraction par un bulbe de fleur. Une autre fleur est posée sur la table. Jérôme Bosch se moque peut-être de l'ignorance et de la tromperie faites au malade.

Dans d'autres tableaux traitant du même thème on ne sait jamais très bien s'il s'agit de la représentation d'un simulacre destiné à faire croire à un fou qu'on extrait la folie de son cerveau ou s'il s'agit de réelles interventions.

La trépanation était pourtant connue depuis la haute antiquité.



L'idée est là, quelque chose à l'intérieur du crâne est à détruire pour que la raison revienne.

On sait que la lobotomie a eu son heure de gloire. Il s'agit d'une ablation du lobe frontal du cerveau. Qui a vu «vol au dessus d'un nid de coucou» sait que le héros joué par Nicholson, il s'appelle Murphy, pensait échapper à la prison en simulant la folie. Il finit par subir une lobotomie.

«Les lobotomies ont bel et bien été pratiquées et en grand nombre.

En 1890 Gottlieb Burckhardt effectue des leucotomies partielles sur six patients dans un hôpital psychiatrique de Suisse. Il perce des trous dans leur crâne et extrait des sections de leurs lobes frontaux. L'un d'entre eux meurt après l'opération et un autre est retrouvé noyé dans une rivière dix jours après sa sortie de l'hôpital.

La leucotomie telle qu'elle fut pratiquée au XX^e fut formalisée en 1935 par le neurologue portugais Egaz Moniz ce qui lui a valu le Prix Nobel en 1949. Il y avait 6 % de décès dans les suites de l'opération.

On estime que quelque 100 000 patients furent lobotomisés dans le monde entre 1945 et 1954 dont la moitié aux États-Unis. Freeman parcourt les États-Unis dans les Années 1950 dans un autocar équipé pour pratiquer des lobotomies « en série », enfonçant un leucotome dans le lobe orbitaire des patients après avoir soulevé la paupière (lobotomie trans-orbitale),

moyennant parfois une anesthésie locale. Cette pratique reçut alors un grand succès (grand mouvement de l'« hygiène mentale ») et on estime que Freeman lui seul lobotomisa quelque 4 000 patients (ou 2500 patients selon l'article "histoire de la psychiatrie"). Freeman a fini par être rejeté de la communauté des psychiatres parce qu'il pratiquait vraiment des lobotomies à tout va.»

D'autres thérapies de choc existaient, les injections de Cardiazol, les électrochocs, les cures de Sakel ou comas insuliniques, les chocs hyper thermiques par inoculation du paludisme.

Ce qui a fait régresser la pratique des lobotomies, c'est l'apparition des psychotropes et la possibilité de calmer beaucoup mieux les malades violents ou ayant des comportements qui rendaient difficile la vie en institution psychiatrique.

Cela a aussi fait régresser la pratique des chambres d'isolement et de la camisole de force. Notre génération appelait les doses excessives de médicaments psychotropes : la camisole chimique.

Au début de mes études et lors de mes premiers stages, j'ai vu moi-même des patients ayant subi une lobotomie, les électrochocs sans anesthésie ni curarisation, et des cures de Sakel. C'était dans les années soixante quinze.

Toute notre génération a lutté contre l'enfermement des malades mentaux et les pratiques psychiatriques sadiques qu'ils subissaient en guise de traitements.

La psychanalyse a été une machine de guerre contre les traitements physiques de la maladie mentale.

Le psychanalystes ne sont pas restés enfermés dans leurs cabinet et ils ne sont pas restés rivés à leur fauteuil.

De nombreux élèves de Lacan ont permis des avancées remarquables.

Dans les années 70, des psychanalystes ont travaillé sur les conséquences de la vie des patients dans l'univers carcéral de l'hôpital psychiatrique.

Maud Mannoni par exemple a écrit «le psychiatre son fou et la psychanalyse». Elle montre à travers des entretiens avec des malades hospitalisés que dans un univers de contrainte, toute relation entre le soignant et le soigné est pervertie par la relation de pouvoir donnée par l'institution.

Jenny Aubry puis Françoise Dolto montrent que la séparation des petits enfants et de leurs parents lors d'hospitalisation pour soins médicaux crée chez les enfants des comportements qui évoquent l'autisme.

Ginette Raimbault s'intéresse au fait que les enfants atteints de maladies mortelles ont une connaissance de la mort et sont capables d'en parler à leur manière pour peu qu'on leur donne la parole.

Car un des effets les plus importants de la psychanalyse, c'est qu'elle donne la parole aux malades.

Aujourd'hui l'idée d'agir directement et parfois de mutiler le cerveau humain pour soigner la maladie mentale est de retour et paradoxalement ce sont les progrès technologiques qui le permettent.

Ces méthodes sont présentées comme étant à l'extrême pointe du progrès, comme étant les méthodes de l'avenir.

Grâce aux nouvelles techniques d'imagerie cérébrales et grâce à la stéréotaxie on envisage de détruire des petites zones cérébrales qu'on aurait précédemment rendu responsable de la maladie mentale.

On comprend que tout cela dépossède totalement le sujet de ses souffrances psychiques. On peut incriminer les neurones mauvais qu'il sera possible d'extirper ou tout au moins de neutraliser.

Contrairement à la lobotomie, la stéréotaxie cependant est en elle-même une véritable merveille. Elle est utilisée avec profit dans le traitement des tumeurs cérébrales et de la maladie de Parkinson.

Personnellement je trouve inquiétant l'extension de son usage aux maladies mentales alors que les recherches sur maladie mentale et imagerie cérébrale en sont à leurs balbutiements. C'est à dire qu'on en est au tout début du début de la compréhension d'une physiologie de l'appareil psychique.

Je vais vous donner un exemple de ce qui m'apparaît être une dérive.

http://www.fondation-fondamental.org/page_dyn.php?mytabsmenu=4&lang=FR&page_id=MDAwMDAwMDE5Ng==

Il y a un projet dans ce sens et les Troubles obsessionnels compulsifs, familièrement appelés TOC sont les candidats pour ces expérimentations, on rebaptise ces TOCS en TOCS malins, malins étant opposé à bénin, ce qui permet d'assimiler la gravité des TOCS à la gravité d'un cancer, c'est à dire d'une tumeur maligne et de justifier ces pratiques.

La fondation Fondamental milite en ce sens. Accessoirement, elle décerne un prix Dassault pour la recherche.

«Depuis quelques années, nous développons donc une approche chirurgicale, la stimulation cérébrale profonde (SCP), grâce à laquelle nous pouvons influencer directement le fonctionnement des noyaux gris centraux.»

La fondation Fondamental cherche activement le lien entre génétique et maladie mentale.

Donc, on décrète que la maladie mentale (ici les TOC) est une histoire de noyaux gris centraux, on le décrète en faisant quelques expériences d'imagerie cérébrale et avant d'en avoir la certitude on envisage d'aller titiller ces noyaux gris centraux.

Il est tout de même étonnant que ce soient justement ces noyaux gris centraux qui sembleraient responsables des tremblements de la maladie de Parkinson.

Tout se passe comme si on s'était dit :

Tiens, on peut stimuler les noyaux gris centraux sans trop de dégât chez les malades atteints de maladie de Parkinson, si on essayait chez les malades qui ont des Tocs malins.

Il suffit pour cela de faire des recherches pour montrer que les noyaux gris centraux posent problèmes chez des malades atteints de Toc par la technique de l'imagerie cérébrale.

Vous voyez le raisonnement.
Ce n'est pas nouveau en médecine.

Ce serait tout de même un immense hasard si les noyaux gris centraux étaient en cause à la fois dans la maladie de Parkinson et dans les troubles obsessionnels compulsifs qu'on appelait il n'y a pas si longtemps des rituels de la névrose obsessionnelle. Et dont Freud pensait que les mécanismes étaient proches non pas de la religion, ni de la spiritualité mais du rituel religieux.

Extrait d'un article sur les tocs

définition du TOC

Se laver les mains de façon répétée, vérifier sans cesse que la machine à café est bien éteinte ou encore remettre systématiquement les objets à leur place relèvent de ces comportements appelés troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Les personnes qui souffrent de TOC sont obsédées par la propreté, l'ordre, la symétrie ou sont envahies de doutes et de peurs irrationnels. Pour réduire leur anxiété, elles effectuent des rituels de rangement, de lavage ou de vérification durant plusieurs heures chaque jour dans les cas graves.

Les progrès en imagerie médicale ou encore le développement de modèles animaux ont permis de mieux comprendre les mécanismes de la maladie au cours des dernières années. **Les scientifiques ont identifié plusieurs circuits cérébraux perturbés**, notamment **les ganglions de la base** impliqués dans le comportement et la motricité, ou encore le cortex cingulaire antérieur et le cortex orbito-frontal, davantage impliqués dans la gestion des émotions. Les malades présentent une hyperactivité au niveau de ces zones qui pourrait s'expliquer par l'action de certains neuromédiateurs comme la sérotonine, la dopamine ou encore la vasopressine.

Le dysfonctionnement des structures impliquées dans les émotions est retrouvé dans d'autres maladies psychiatriques. Cela pourrait expliquer en partie le fait que la maladie est **souvent associée à d'autres troubles psychiatriques** : dépression, trouble anxieux ou encore phobie sociale. En revanche, **la perturbation des ganglions de la base est spécifique aux troubles obsessionnels compulsifs et pourrait expliquer les problèmes de contrôle de l'action chez ces patients.**

Par ailleurs, les études familiales ont montré l'influence de facteurs génétiques dans l'émergence de la maladie, même si leur rôle reste mal défini (1).

En cas d'angoisse et/ou de handicap lié aux troubles, la maladie doit être prise en charge. Les traitements de référence chez l'adulte et l'enfant sont **les antidépresseurs** (inhibiteurs de recapture de la sérotonine en première intention) et la **thérapie cognitivo-comportementale** (séances individuelles ou familiales, hebdomadaires ou quotidiennes en fonction de la sévérité) ou l'association des deux. **Les antipsychotiques** qui ciblent la dopamine peuvent également être utiles. Ces traitements permettent d'améliorer nettement deux tiers des patients et d'en guérir environ 20 % (1).

De nombreux patients restent donc réfractaires à la prise en charge. On parle alors de **troubles obsessionnels compulsifs résistants**. Pour ces derniers, des techniques chirurgicales ou de stimulation cérébrale peuvent être proposées au cas par cas.

La chirurgie lésionnelle est pratiquée au cas par cas chez les sujets les plus sévères. Elle consiste actuellement à léser légèrement une zone du cerveau impliquée dans le TOC à l'aide de rayons gamma, sans ouverture de la boîte crânienne. Le taux de réponse varie de 50 % à 67 % mais l'incertitude plane sur le choix des zones à cibler (1). En outre, ces lésions sont irréversibles et la technique est donc éthiquement discutable. Elle pourrait être rapidement abandonnée au profit de la stimulation cérébrale profonde ou la stimulation magnétique transcrânienne qui sont réversibles, et être réservée aux cas exceptionnels de patients justifiant une intervention et présentant une contre-indication à ces dernières techniques.

La **stimulation cérébrale profonde** est actuellement évaluée chez les patients les plus atteints. Elle a déjà fait ses preuves dans le traitement de la maladie de Parkinson ou encore de l'épilepsie et les complications sont relativement rares. Elle consiste à **implanter des électrodes dans le cerveau et à envoyer de façon chronique des impulsions électriques** permettant de moduler l'activité de certaines zones impliquées dans la production des comportements. Ces électrodes sont connectées à un neurostimulateur implanté sous la peau et les paramètres de stimulation (fréquence, voltage, durée d'impulsion) sont ajustés par le médecin à l'aide d'un programmeur externe.

Trois études sont en cours en France pour identifier les meilleures cibles à stimuler, évaluer le bénéfice de cette technique *versus* placebo ou encore le coût de cette prise en charge par rapport aux coûts de la maladie. Il s'agit des études PRESTOC2, UNIBIL et STOC2. Cette dernière compare la stimulation du striatum ventral ou du noyau sous-thalamique chez une trentaine de patients.

La **stimulation magnétique transcrânienne** est également en cours d'évaluation. Elle est moins invasive puisqu'elle ne nécessite pas l'implantation d'électrodes et repose sur l'application d'un champ magnétique dirigé vers certaines zones du cerveau impliquées dans la maladie.

Cette technique est utilisée depuis plus de 10 ans dans la dépression et montre des résultats préliminaires positifs dans les TOC. Une étude est en cours chez 40 patients *versus* placebo pour une durée de trois ans.

Ce tableau fait par le fils de Moreau de tour montre la fascination des médecins devant les malades dites hystériques

Charcot et l'hystérie

On ne peut pas comprendre les rapports que la psychanalyse entretient avec la médecine, et plus particulièrement avec la médecine expérimentale si on ne se réfère pas à son histoire, si on ne se réfère pas à ses origines, si on ne fait pas son archéologie. On ne peut pas comprendre les rapports entre psychanalyse et sciences sans ces éléments. Mais surtout on ne peut pas comprendre quels sont aujourd'hui les enjeux théoriques et pratiques des relations entre neurosciences et psychanalyse.



On n'y voit qu'une sorte de progrès là où il y a un retour vers des problèmes qui s'étaient déjà posés du temps de Freud et Charcot, c'est à dire dès la deuxième moitié du XIX^e siècle.



Voilà ce qu'écrit Claude Bernard dans *Introduction à la médecine expérimentale* au milieu du XIX^e siècle à propos de l'étude des phénomènes psychologiques.

«Quand on réunit les éléments physiologiques, on voit apparaître des propriétés qui n'étaient pas appréciables dans ces éléments séparés. Il faut donc toujours procéder expérimentalement dans la synthèse vitale, parce que des phénomènes tout à fait spéciaux peuvent être le résultat de l'union ou de l'association de plus en plus complexe des éléments organisés. Tout cela prouve que ces éléments quoique distincts et autonomes, ne jouent pas pour cela le rôle de simples associés et que leur union exprime plus que l'addition de leurs propriétés séparées.

Je suis persuadé que les obstacles qui entourent l'étude expérimentales des phénomènes psychologiques sont en grande partie dûs à des difficultés de cet ordre ; car malgré leur nature merveilleuse et la délicatesse de leurs manifestations, il est impossible selon moi, de ne pas faire entrer les phénomènes cérébraux, comme tous les autres phénomènes des corps vivants dans les lois d'un déterminisme scientifique.»

C'est dans un projet de cet ordre que sont Charcot et Freud quand ils entreprennent de comprendre ce qu'on appelle alors l'hystérie.

Freud et Charcot sont tous deux d'abord neurologues.

Il est curieux qu'on préfère l'oublier aujourd'hui.

Car c'est à ce titre qu'ils s'intéressent l'un et l'autre à l'hystérie. Il s'intéressent à l'hystérie en partant de la neurologie.

C'est à dire que lorsque Freud vient à Paris à la Pitié Salpêtrière dans le service du professeur Charcot c'est en tant que neurologue.

Les médecins de la deuxième moitié du XIX^e expérimentent tout azimut. Ils classent moins que leurs prédécesseurs, ils expérimentent sur le vivant. Bien sur aussi ils classent

un peu, mais ils expérimentent sur le vivant. C'est la naissance de la physiologie. La physiologie étudie des fonctions.

Fonction de la nutrition par exemple ou fonction respiratoire etc...

Etudier la fonction psychique n'est pas simple du tout. ce que dit très clairement Claude Bernard, mais on ne doit pas pour autant laisser à la résignation l'occasion d'en profiter.

Claude Bernard théorise les nécessités de ce champ de recherche. Claude Bernard s'occupe donc de physiologie. Il écrit son introduction à l'étude de la médecine expérimentale en 1865.

Il tire ainsi la médecine dans le champ de la science. Il inclue l'observation au champ de la médecine expérimentale et argumente sa nécessité.

La méthode expérimentale n'est rien d'autre qu'un raisonnement à l'aide duquel nous soumettons méthodiquement nos idées à l'expérience des faits.

P. 26 Claude Bernard.

Il affirme un certain nombre de points fondamentaux :

La physiologie ne peut pas se passer de l'anatomie et inversement. Mais toute explication des phénomènes basée sur des considérations anatomiques est incomplète. Il en est de même pour la chimie et la physique.

La chimie, la physique et l'anatomie doivent pour Claude Bernard être au service de la physiologie.

Il faut donc bien savoir, que si on décompose l'organisme vivant en isolant ses diverses parties, ce n'est que pour la facilité de l'analyse expérimentale, et non point pour les concevoir séparément. En effet, quand on veut donner à une propriété physiologique, il faut toujours la rapporter à cet ensemble et ne tirer de conclusion définitive que relativement à ses effets dans cet ensemble.

p.137 Claude Bernard. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

La physiologie c'est l'étude des fonctions, c'est l'étude de ce qu'on appelle «les appareils», appareil cardiovasculaire, appareil respiratoire, appareil digestif, appareil psychique dira Freud.

On voit bien que la médecine actuelle est marquée par cette manière de penser puisque les spécialités correspondent à des appareils, vous avez le cardiologue, le pneumologue, le gastroentérologue... et le neurologue.

Le nom de la spécialité est centré sur l'organe mais il est clair qu'on s'occupe de la physiologie de l'appareil concerné. C'est à dire de sa fonction dans son ensemble. Le cardiologue s'occupe du coeur, mais pas seulement, il s'occupe des vaisseaux qui en partent et y arrivent, il s'occupe de la manière dont le sang va être oxygéné par les poumons, il s'occupe du système nerveux qui va permettre qu'il batte régulièrement etc...

Cela n'est pas très simple car il arrive qu'une maladie n'entre pas vraiment dans une de ces cases.

On a été obligé de créer la notion de médecine interne, pour les maladies dites de système qui touchent à plusieurs appareils simultanément. La médecine interne s'occupe souvent des attentes hématologiques.

Pour la psychiatrie la situation est extrêmement complexe mais elle est à l'image des problèmes théoriques qui se posent à cette discipline.

Dans les années 60, on parlait de neuropsychiatrie, on était neuropsychiatre. c'est à dire à la fois neurologue et psychiatre, c'est à dire qu'on pouvait s'occuper des maladies neurologiques, comme par exemple les hémiplésies et qu'on pouvait aussi s'occuper des maladies mentales comme par exemple les névroses hystériques.

C'est en 1968 que la séparation en deux disciplines a eu lieu. On pouvait devenir soit psychiatre soit neurologue.

Dans les pays anglo saxons, un neuropsychiatre s'occupe des maladies mentales provoquées par une lésion organique.

En France cette option n'existe pas. Donc les patients qui ont une maladie mentale liée à une lésion organique ont deux médecins, un psychiatre et un neurologue.

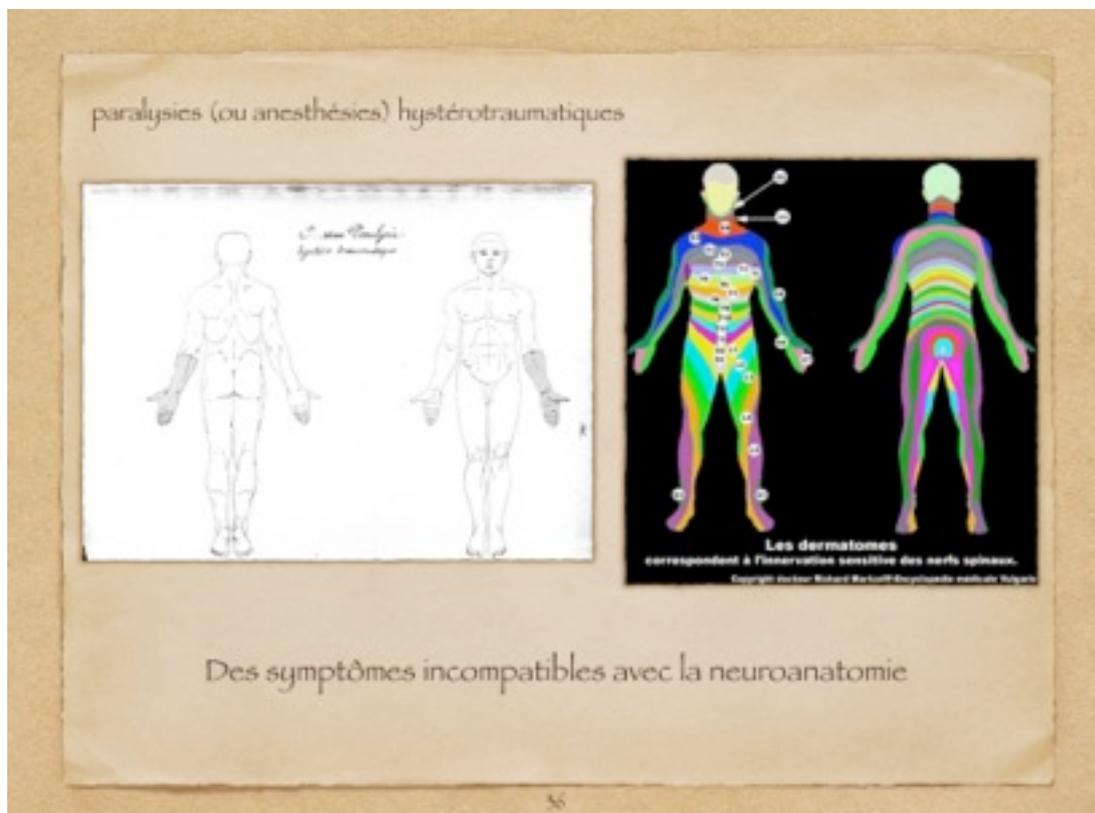
Vous voyez comme tout cela a des implications pratiques pour les malades, pour nous quand nous sommes malades.

Je veux dire que la manière de penser la maladie a des implications pour l'organisation de la profession et aussi pour la manière dont sont organisés les soins.

On oublie donc aujourd'hui que Freud a été neurologue et que Jean Martin Charcot a fondé la première chaire de neurologie.

C'est du point de vue de la neurologie qu'ils observent d'abord les hystériques.

Ils suivent en cela la méthode de Claude Bernard qui écrit :



Des circonstances très diverses peuvent servir de point de départ aux recherches d'investigation scientifiques. Je ramènerai cependant toutes ces variétés à deux cas principaux :

Une recherche expérimentale a pour point de départ une observation

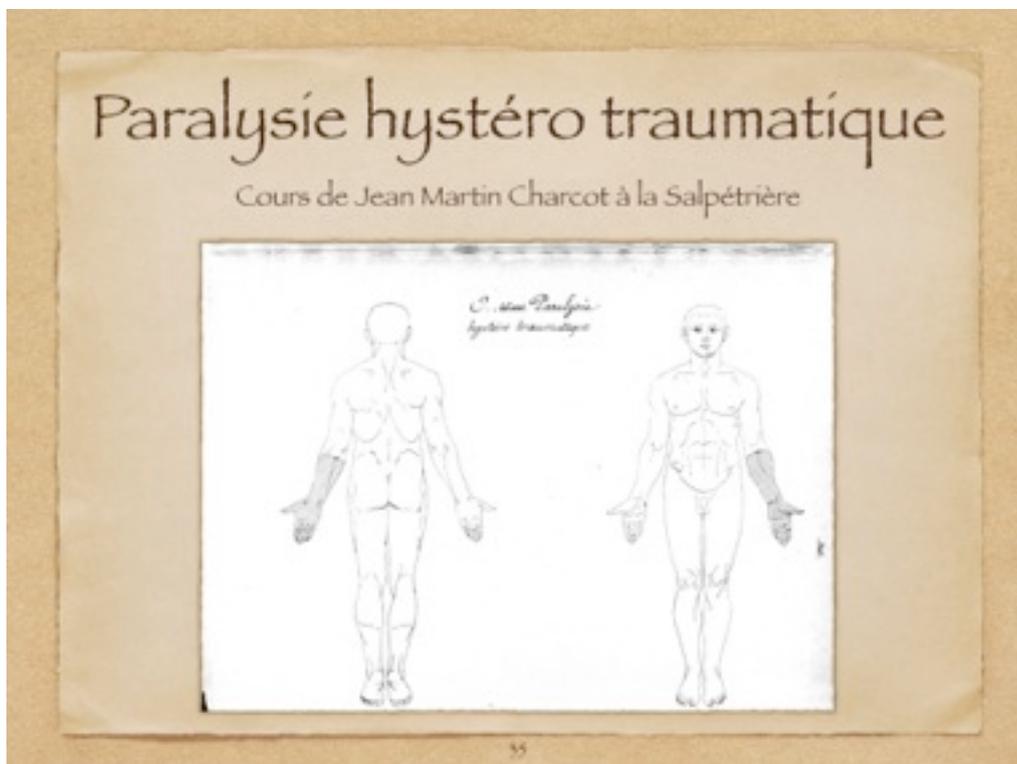
Une recherche expérimentale a pour point de départ une hypothèse ou une théorie.

Un médecin qui observe une maladie dans diverses circonstances, et qui en tire des conséquences qui se trouvent contrôlées par d'autres observations ; ce médecin fera un raisonnement expérimental quoiqu'il ne fasse pas d'expériences. Mais s'il veut aller plus loin et connaître le mécanisme intérieur de la maladie, il aura affaire à des phénomènes cachés, alors il devra expérimenter; mais il raisonnera toujours de même.

Pour l'observation des hystériques de la Pitié Salpêtrière, la recherche a pour point de départ une observation.

Je vais prendre l'exemple des paralysies hystériques parce que c'est le plus simple pour saisir le type de problème qui se pose alors aux neurologues et aux psychiatres du XIX^e. C'est d'ailleurs cette situation qui se trouve traitée dans le film sur Augustine une des patientes de Charcot.

Charcot dessine ou fait dessiner par ses assistants la topographie des paralysies de ses patientes hystériques.



C'est parce que ces paralysies ne suivent absolument pas la logique de la neuroanatomie, ni celle de la physiologie du système nerveux. Elles sont une énigme.

Et si Charcot utilise l'hypnose pour les reproduire ou les supprimer momentanément, c'est pour démontrer qu'aucune lésion anatomique ne peut les expliquer.

Les paralysies et les anesthésies hystériques sont une énigme pour la neurologie. Elles miment les paralysies d'origine neurologiques mais n'en sont pas.

Elles ont d'après Charcot une origine traumatique, mais il s'agit d'un traumatisme non pas physique mais émotionnel.

C'est dans ce sillon que Freud va travailler à partir de sa visite à Paris.

Les observations des malades sont extrêmement détaillées.

Elles comportent parfois des entretiens avec les parents, mais aucun entretien avec les malades. On ne rapporte leurs paroles que lorsqu'elles parlent en situation de crise. On dit alors qu'elles délirent. On suit les malades au jour le jour et on étudie leurs réactions et leur comportement. On les met en état d'hypnose pour mieux analyser ce qui se passe. Selon les préceptes de la médecine expérimentales, on observe. Et on mesure.

De fait, ce qui se voit, c'est que la pathologie convulsive et la pathologie motrice, c'est à dire les crises tétaniques ou épileptiforme et les paralysies n'ont aucune logique ni physiologique ni anatomique.

Elles suivent d'autres tracés et obéissent à d'autres exigences.

Voici comme est décrite une paralysie de la main dans le cadre d'une pathologie plus globale faite de crise et de délire.

Il s'agit de Marguerite Pauline G entrée à la Salpêtrière en 1857, alors qu'elle avait 12 ans !

Elle est observée pour la première fois en 1866. On a rencontré sa mère en 1866 et en 1878. Sa mère a raconté son histoire.

C'est une observation de la main gauche.

La main fait un angle droit avec l'avant bras, elle est d'habitude inclinée vers le bord cubital avec lequel elle peut se mettre à angle droit. Les doigts sont allongés ; les phalanges étendues forment, avec le métacarpe une sorte de creux qui regarde en avant. Les phalanges et les phalangettes ont plutôt une légère tendance vers la flexion. Le pouce a une attitude à peu près normale. La malade parvient à allonger la main. Il lui est impossible de fléchir aujourd'hui les doigts, parce que dit-elle, sa paralysie la travaille.



Donc, vous voyez : dit-elle. elle dit que sa paralysie la travaille mais c'est une manière de dire et c'est la sienne.

En effet, ajoute l'observateur, ils s'étendent et se fléchissent successivement, s'écartent, se rapprochent, et cela indépendamment les uns des autres. En même temps, le poignet exécute des mouvements variés d'extension, de pronation et d'abduction.

Gr se sert à peine de la main gauche. Veut-elle saisir une règle sur une table, elle la saisit pour la lâcher aussitôt par suite de l'ouverture des doigts. Elle peut cependant balayer.

Suit une série de mesures comparatives de la circonférence des poignets droit et gauche, des avant bras et des bras...

Plus loin on lit :

Gr travaille sans cesse , aide à la pharmacie, porte et nettoie les fioles etc... Elle est affectueuse, assez facile à conduire. Jamais elle n'a eu de délire après les accès...

C'est le caractère instable et temporaire des phénomènes qui montrent qu'il n'y a probablement pas de lésion anatomique sous jacente.

Avec les hystériques, la méthode anatomoclinique ne fonctionne pas, elle ne donne aucun résultat et ne permet pas de comprendre la maladie.

C'est ce que Charcot démontre sans cesse en utilisant l'hypnose.
L'hypnose est une méthode d'observation de la maladie et pas du tout un traitement.

Ses contemporains comme Bernheim utilisent l'hypnose comme méthode thérapeutique en l'associant à la suggestion.

Voilà ce qu'écrit Claude Bernard dans Introduction à la médecine expérimentale au milieu du XIX^e siècle à propos de l'étude des phénomènes psychologiques.

*«Quand on réunit les éléments physiologiques, on voit apparaître des propriétés qui n'étaient pas appréciables dans ces éléments séparés. Il faut donc toujours procéder expérimentalement dans la synthèse vitale, parce que des phénomènes tout à fait spéciaux peuvent être le résultat de l'union ou de l'association de plus en plus complexe des éléments organisés. Tout cela prouve que ces éléments quoique distincts et autonomes, ne jouent pas pour cela le rôle de simples associés et que leur union exprime plus que l'addition de leurs propriétés séparées.
Je suis persuadé que les obstacles qui entourent l'étude expérimentales des phénomènes psychologiques sont en grande partie dûs à des difficultés de cet ordre ; car malgré leur nature merveilleuse et la délicatesse de leurs manifestations, il est impossible selon moi, de ne pas faire entrer les phénomènes cérébraux, comme tous les autres phénomènes des corps vivants dans les lois d'un déterminisme scientifique.»*

Un chercheur en neurosciences Pierre Magistretti lors d'un colloque sur psychanalyse et neurosciences

Plasticité, l'expérience laisse une trace dans le réseau neuronal aboutit à l'émergence de la singularité de chacun. Ces mécanismes ont été étudiés en détail. Il y a des ensembles de synapses facilitées et ces traces qui s'inscrivent vont constituer le sujet. ces processus sont opérant dans les processus d'apprentissage.

Des mécanismes de reconsolidations permettent de recréer des réseaux différents réintégration de nouvelles traces et réassociations de traces mais qu'est ce qui préside à ces réassociations

Il peut exister une rupture et les traces peuvent se séparer de l'expérience, il peut se créer une discontinuité.

Cela ouvre un degré de liberté important.

Des activations internes peuvent contribuer à constituer une réalité interne non consciente.

Homéostasie.

Il n'y a pas seulement de traces inscrites dans le cerveau et il y a des choses du corps inscrites, traces de l'état somatique qui a présidé à ces premières inscriptions

Le sujet émerge de ces ensembles de traces.

Tout un courant de la recherche en imagerie fonctionnelle cérébrale s'intéresse aux travaux des psychanalystes.

Ce sont les tenants de la théorie de la plasticité cérébrale. Le cerveau est un organe en évolution constante et ils s'intéressent plus à des groupes fonctionnels de neurones qu'à

la théorie de la géolocalisation proche de la neuroanatomie en vigueur du temps de Charcot et Freud.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Plasticité_neuronale

- Au niveau des molécules, les récepteurs possèdent plusieurs "états" ou configurations qui permettent de modifier la transmission de l'influx nerveux ;
- Au niveau de la [synapse](#), l'ensemble des molécules est régi par l'activité, avec notamment le recrutement de nouveaux récepteurs vers la membrane (exocytose, traduction locale, etc.) (voir [plasticité synaptique](#)) ;
- Au niveau du [corps cellulaire](#), l'expression génétique est également modulée par l'activité des différentes synapses ;
- Au niveau des [axones](#) et des [dendrites](#), les prolongements se réorganisent en fonction de l'activité des synapses et des neurones en contact, ainsi que des interactions avec la [glie](#) environnante ;
- Le neurone est susceptible de se développer ou de régresser en fonction de son implication dans un réseau (**plasticité neuronale**) ;
- Le réseau lui-même change ses connexions internes et externes constamment au cours du temps (**plasticité cérébrale**) ;
- Le cerveau est enfin capable de produire de nouveaux neurones (voir [neurogenèse](#)) ;
- L'individu ne cesse de changer son comportement en fonction des situations rencontrées, par exemple dans l'approche d'un problème. Il est également susceptible de subir des lésions ou de modifier certaines de ses capacités par l'activité, la prise d'aliments, de médicaments, de drogues, etc.

Conclusion

Alors, la psychanalyse est-elle une discipline totalement démodée ?
Totalemtent obsolète ?

Les neurosciences avec les nouvelles techniques d'imagerie fonctionnelle cérébrale vont-elles démontrer qu'il est possible de comprendre puis de soigner les maladies mentales en agissant directement sur le cerveau humain ?

Les psychanalystes ou les psychothérapeutes vont-ils être détronés par les neuropsychologues et neuroéducateurs.
On parle déjà de neurofinance, de neurocommerce et de neuroergonomie. Il faut gager que ce n'est pas fini.

La notion d'inconscient est-elle devenue une fantaisie freudienne sans lendemain ?
Va-t-on comprendre les difficultés d'apprentissage des enfants en observant et interprétant les images du fonctionnement de leur cerveau ? Va-t-on percer à jour la dyslexie, la

dyscalculie, la dysorthographe et toutes les dyspraxies ? Voir que les TOC ont une image cérébrale constante ? Que l'hyperactivité se lit en marques colorées sur des Irm fonctionnelles ?

Dira-t-on que l'interprétation des images produites par les IRM f ou IRM fonctionnelles est scientifique alors que l'écoute des dires des patients qui souffrent ou celle des difficultés d'apprentissage des élèves ne l'est pas ?

On voit tournoyer la question de la scientificité.

La psychanalyse n'est pas une science, dit et répète Michel Onfray. C'est le coeur de son livre, livre dont nous débattons la semaine prochaine et dont je rappelle le titre : Le crépuscule d'une idole sous titré l'affabulation freudienne.

Aujourd'hui, j'ai posé le problème un peu différemment, plutôt que de tenter de déterminer si la psychanalyse est ou pas une science, j'ai essayé de poser la question de la manière suivante.

Aujourd'hui en 2014, qu'est ce qui se joue autour de cette histoire de scientificité ? Autour de ce label ou de ce non label scientifique ? De quoi parle-t-on ?

Il me semble que c'est en revenant à ce moment de la fin du XIXe qui voit émerger conjointement la neurologie et la psychanalyse qu'on peut tenter de mieux comprendre ce qui se joue aujourd'hui entre psychanalyse et neurosciences autour de la question de la scientificité.

C'est en comprenant les relations qu'entretenait la psychanalyse naissante avec la neurologie discipline elle aussi en cours de constitution à la fin du XIXè siècle qu'on peut éclairer peut-être les enjeux actuels des recherches sur la physiologie du cerveau.

Aux temps de Jean Martin Charcot et de Freud, on assiste aux débuts de la séparation entre neurologie et psychiatrie.

Il semble bien que ce soit cette séparation qui soit maintenant remise en question.

Le psychisme doit réintégrer le cerveau, on voudrait remettre le psychisme dans sa boîte crânienne comme s'il n'y avait pas toujours un peu été.

Mais ce faisant est-il évitable de retomber sur la question de l'hérédodégénérescence que la psychanalyse avait permis d'abandonner ?

Est-il évitable de buter à nouveau sur l'idée que les souffrances psychiques peuvent et doivent être soignées en agissant directement sur nos cerveaux ?