

E.N.S.S.I.B.
ECOLE NATIONALE SUPERIEURE
DES SCIENCES DE L'INFORMATION
ET DES BIBLIOTHEQUES

UNIVERSITE
CLAUDE BERNARD
LYON 1

DESS en INFORMATIQUE DOCUMENTAIRE

Note de Synthèse

L'INHIBITION INTELLECTUELLE

Cécile JACQUES

Sous la direction du
Docteur Alain GAUVRIT
Médecin Psychiatre

Institut Beaulieu
Salies-de-Béarn

1992

ID
13

E.N.S.S.I.B.
ECOLE NATIONALE SUPERIEURE
DES SCIENCES DE L'INFORMATION
ET DES BIBLIOTHEQUES

UNIVERSITE
CLAUDE BERNARD
LYON 1

DESS en INFORMATIQUE DOCUMENTAIRE

Note de Synthèse

L'INHIBITION INTELLECTUELLE

Cécile JACQUES

Sous la direction du
Docteur Alain GAUVRIT
Médecin Psychiatre

Institut Beaulieu
Salies-de-Béarn



1992

1992

FD

13

L'inhibition intellectuelle

JACQUES Cécile

RESUME:

Les facultés intellectuelles d'êtres humains de tous âges peuvent se trouver gravement affectées par l'inhibition intellectuelle. Depuis la fin du siècle dernier elle est étudiée par les psychiatres, psychanalystes, psychologues. L'exploration de la littérature spécialisée permet de définir l'inhibition intellectuelle sous ses formes et conséquences, d'en déterminer les causes et de faire le point sur les thérapies pratiquées.

DESCRIPTEURS:

Inhibition, Inhibition intellectuelle, Développement intellectuel, Mécanisme défense, Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychologie, Echec scolaire, Complexe, Dépression, Suicide, Intelligence exceptionnelle.

ABSTRACT:

Human being's intellectual faculties may be severely affected by intellectual inhibition at any time of the life. Since the last century, this kind of inhibition has been studied by psychiatrists, psycho-analysts and psychologists. Studying the specialized literature allow us to define the intellectual inhibition under all its forms and consequences, to find out its origins, and finally to point out all the therapies used nowadays.

KEYWORDS:

Inhibition, Intellectual inhibition, Intellectual development, Defense mechanism, Psychiatry, Psycho-analysis, Psychology, School failure, Complex, Depression, Suicide, Exceptional intelligence.

TABLE DES MATIERES

<u>I. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE</u>	4
<u>1.1. Recherches préliminaires</u>	
<u>1.1.1. Détermination des mots clés</u>	
<u>1.2. Recherche automatisée</u>	5
<u>1.2.1. Base de données professionnelles</u>	5
1.2.1.1. Choix des bases	
<u>1.2.2. Accessibilité et description des bases choisies</u>	6
1.2.2.1. PASCAL	
1.2.2.2. MEDLINE	
1.2.2.3. PSYCHINFO	
1.2.2.4. EMC-BIBLIO	
<u>1.2.3. Equations de recherche</u>	8
1.2.3.1. Sur DIALOG	
1.2.3.2. EMC-BIBLIO	
<u>1.2.4. Résultats des recherches sur les bases</u>	8
1.2.4.1. Résultat de la recherche présentée sous forme de diagramme	
1.2.4.2. Le Bruit	
1.2.4.3. Le Silence	
1.2.4.4. Autre constatations	
- Support des documents	
- Langue des documents	
- Date des documents	
1.2.5. Autres recherches automatisées	11
1.2.5.1. B.N. OPALE	
1.2.5.2. GEAC à la B.M. de LYON	
<u>1.3. Thèses (recherche manuelle et automatisée)</u>	12
<u>1.3.1. Répertoire et fichiers spécialisés.</u>	
<u>1.3.2. Base Téléthèses</u>	
1.3.2.1. CD-ROM Téléthèses	
1.3.2.1. Base Téléthèses sur Minitel	
<u>1.4. Recherche manuelle</u>	13
<u>1.5. Localisation et obtention des documents</u>	13
<u>1.6. Conclusion</u>	13

	3
Introduction	14
<u>II. SYNTHÈSE</u>	
<u>2.1. Historique du concept d'inhibition</u>	15
<u>Notions de peur et de timidité</u>	
2.1.1. Historique du concept d'inhibition	
2.1.2. La peur	
2.1.3. La timidité	
2.1.4. Influence de la peur et de la timidité sur l'évolution de l'enfant	
<u>2.2. Développement de la signification du mot inhibition dans la littérature spécialisée</u>	24
Les classiques:	
- Sigmund FREUD	
- Anna FREUD	
- Mélanie KLEIN	
- Melitta SCHMIDEBERG	
- Jean PIAGET	
Récemment:	
- Bernard GIBELLO	
<u>2.3. L'inhibition intellectuelle</u>	30
- Premières théories	
- Nosographie classique	
- Travaux récents	
<u>2.4. Causes de l'inhibition intellectuelle</u>	33
- Rôle de la mère	
- Névroses, deuil, non-dits, secrets de famille...	
- Problèmes spécifiques des enfants doués	
<u>2.5. Formes et conséquences de l'inhibition intellectuelle</u>	38
<u>2.6. Thérapie</u>	42
<u>2.7. Conclusion</u>	48
<u>2.8. Glossaire</u>	49
<u>III. BIBLIOGRAPHIE</u>	53

1^{ère} PARTIE :

RECHERCHE

DOCUMENTAIRE

I. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

L'inhibition intellectuelle de part ses causes et ses conséquences touche plusieurs domaines d'étude au carrefour de différentes disciplines: la psychologie, la pédagogie, la médecine, la psychiatrie, la psychanalyse....

1.1. Recherches préliminaires

Ces recherches avaient pour but de d'acquérir les notions de base sur le sujet. Elles ont permis par ailleurs de collecter quelques références.

Encyclopaedia Universalis. Tom. 12: Inceste-Jean-Paul Paris: Enc; Universalis, 1990. 1051 p.

Dictionnaire encyclopédique de psychologie / sous la direction de Norbert Sillamy Tom. 1-2..-Paris:Bordas, 1980.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent./PH. MAZET et al. Paris: Maloine.

1. *Introduction, le développement psychologique, l'examen, les symptômes*, 1979. 273 p. ISBN 2-224-00566-0

2. *Troubles de la personnalité, troubles psychosomatiques et troubles psychiques liés à une atteinte somatique, troubles liés à l'âge, la thérapeutique, problèmes généraux et administratifs...*, 1978. 313 p. ISBN 2-224-00467-2

1.1.1 Détermination des mots clés

Compte tenu des multiples domaines touchés par les causes et les conséquences de l'Inhibition Intellectuelle, il a été décidé avec notre directeur de mémoire, le docteur Alain GAUVRIT, de ne retenir que le terme "Inhibition intellectuelle" pour les recherches automatisées.

Pour certaines recherches manuelles nous avons été amenée à élargir le choix des termes. Ainsi nous avons cherché les mots suivants:

- Psychiatrie de l'enfant
- Enfants névrosés
- Surdoués
- Fonctions nerveuses supérieures
- Trouble d'apprentissage
- Trouble de l'attention
- Pathologie de l'intelligence
- Pathologie cognitive
- Retard scolaire
- Inhibition
- Complexe
- Décompensation psychotique de l'enfant.

1.2. Recherche automatisée

1.2.1. Bases de données professionnelles

1.2.1.1 Choix des bases

Nous avons cherché dans le "*Répertoire des Bases de données Professionnelles 1992*" [Bibliographie. 13e édition Paris:ADBS Editions,1992. env. 400 p.]

ainsi que dans celui de HOUPIER, J.-CH. *Répertoire des bases de données Médicales : Accès Minitel et terminal informatique.* [[S.l]:MediScript, 1991. 127 p.], celles qui nous paraissaient recouvrir au mieux les domaines concernés par le sujet.

Nous avons aussi demandé conseil aux documentalistes de la Bibliothèque Universitaire de Médecine de Lyon.

Pour la recherche en ligne, les bases devaient être consultables sur le serveur DIALOG, ce qui a un peu restreint l'éventail des possibilités.

Nous avons choisi d'interroger les bases PASCAL, MEDLINE et PSYCHINFO sur le serveur DIALOG.

Par minitel nous avons décidé d'interroger en plus la base EMC-BIBLIO car elle présente l'avantage d'être accessible sans contrat et pour un coût abordable par le 36.16 code EMC. (prix : 22,20 F/heure)

Nous avons aussi consulté ERIC sur CD-ROM. (Aucune référence trouvée).

Nous n'avons pas pu interroger la base MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL PREVIEWS qui couvre la littérature en médecine et psychologie et comble le délai entre la publication et l'accessibilité de cette littérature dans les bases de données, notamment PsycINFO.

Les documents sont mis dans cette base au plus tard 10 jours après parution et y restent 3 mois environ. (Serveur BRS(PREV) à 57\$/h.)

Il aurait aussi été intéressant de pouvoir consulter la base Rhésus: cette base est l'un des fichiers de FRANCIS qui couvre toutes les sciences humaines et sociales. Elle est interrogeable sur le serveur QUESTEL (515 F/heure en 1991) et sur minitel, couplée à PASCAL, par le 36.29.36.01 au prix de 545 F/heure.

1.2.2 Accessibilité et description des bases choisies

1.2.2.1. PASCAL

Il existe une version CD-ROM de PASCAL que nous avons consultée mais son exploitation pose plusieurs problèmes:

- Il n'est pas possible de récupérer les références sur disquettes.

- Chaque CD-ROM ne couvre qu'une période limitée (3/6 mois ou 1 an. Ex: le CD-ROM de Janvier à Juin 1989 contient 223101 notices).

La recherche se fait par unitermes ou expressions utilisées lors de l'indexation Pascal du document. Il faut donc éviter d'employer des conjonctions, adverbes ...

Il est préférable de consulter le dictionnaire (touche F2) pour vérifier l'existence du terme ou de l'expression recherchée.

Le mot clé "Inhibition intellectuelle" n'existe pas, on est obligé de faire une interrogation booléenne sur Titre + Mot clé + Résumé : Inhibition* ET Intellectu* , ce qui entraîne du bruit.

Par minitel, PASCAL est accessible par le 36.29.36.01, mais cela coûte 545 F/heure.

La version "papier" a, quant à elle, l'avantage de permettre l'accès aux plus récentes références.

La base PASCAL est produite par l'Institut de l'information scientifique et technique (INIST - CNRS).

Cette base, multidisciplinaire, correspond aux 69 Bibliographies Internationales (auparavant: Bulletin Signalétique).

Elle couvre la littérature Internationale dans tous les secteurs de la science, de la technologie et de la médecine.

Une importance particulière est accordée au domaine biomédical : la médecine (25%) et la biologie (27%) représentent donc plus de la moitié de la base. Pour le sujet qui nous intéresse elle couvre aussi la Psychologie, la Psychanalyse et la Psychiatrie.

Les données proviennent de plusieurs milliers de périodiques du monde entier (4 200 titres, 90% des citations proviennent d'articles de revues), d'ouvrages, de comptes-rendus de congrès, de rapports de recherche et de thèses.

Volume de la base et mise à jour: 8 500 000 références et 3 000 références supplémentaires par mois.

Période couverte: depuis 1973.

L'indexation des données est faite en français et en anglais.

1.2.2.2. MEDLINE

Le CD-ROM de MEDLINE recouvre la période 1984 à 1992, mais sa consultation ne nous a donné que 3 références au lieu de 6 par l'interrogation en ligne sur DIALOG pour la même période.

Par minitel MEDLINE est accessible par le 36.29.00.36 et coûte 545 F/heure.

La base MEDLINE est produite par la National library of medicine (NLM).

Elle a été initialement créée pour faciliter l'édition de l'"Index Medicus", publié depuis plus de 100 ans et recensant toute la littérature médicale.

Elle couvre, sous ses aspects clinique, recherche et hospitaliers, l'intégralité du champ médical et donne également des références des sciences fondamentales connexes.

Les articles cités proviennent d'environ 3 600 périodiques de 70 pays.

Les comptes-rendus de congrès, les communications aux sociétés savantes... ne sont pas pris en compte, sauf entre 1976 et 1981, où 22 000 livres et comptes-rendus de congrès ont été analysés. 75% des articles sont écrits en anglais.

Toutes les références sont indexées avec les descripteurs de MeSH (Medical Subject Headings). Ces MeSH forment un thésaurus polyhiérarchique de 16 000 termes environ.

Volume de la base et mise à jour: 15.000.000 références et 25.000 références supplémentaires par mois.

Période couverte: depuis 1966.

L'indexation des données sur DIALOG est faite en anglais .

La recherche peut aussi se faire en dépouillant les numéros mensuels de l'Index Medicus, reçus dans les Bibliothèques Universitaires de médecine.

1.2.2.3. PSYCHINFO

Elle est produite par l'American Psychological Association (USA).

Cette base correspond à la publication imprimée "Psychological Abstracts" jusqu'en 1978, elle est actuellement plus riche que cette publication.

Elle couvre la littérature internationale sur la psychologie et les sciences du comportement.

Tous les aspects de ces disciplines sont traités, en particulier pour le sujet qui nous intéresse: la psychologie du développement, les affections psychiques et les troubles psychologiques, leur traitement, les aspects éducationnels, sociaux et professionnels..

Les données proviennent de 1400 périodiques(75%), thèses américaines (20%) et quelques ouvrages (5%). La langue des documents primaires est à 95% l'anglais.

Volume de la base et mise à jour: 665 000 références et 2 200 références supplémentaires par mois.

Période couverte: depuis 1967.

L'indexation des données est faite en anglais .

1.2.2.4. EMC-BIBLIO

EMC-BIBLIO est produite par l'Encyclopédie médico-chirurgicale.

Ce fichier utilise les données de l'EMC, encyclopédie faisant référence dans le domaine médical.

Les données proviennent de 400 revues françaises et étrangères.
Volume de la base et mise à jour: 450 000 références avec mise à jour quotidienne.

Période couverte: depuis 1982.

L'indexation des données est faite en français.

1.2.3. Equations de recherche

1.2.3.1. Sur DIALOG

DIALOG est l'un des plus important serveur mondial. Il est disponible sur le reseau TRANSPAC et comporte plus de 400 bases de données dans tous les domaines.

Nous avons interrogé les trois bases en même temps, PSYCHINFO porte le numéro 11, PASCAL le 144 et MEDLINE le 155.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, il a été décidé de ne retenir que le terme "Inhibition Intellectuelle" pour la recherche en ligne. Deux des bases étant indexées en anglais nous avons mis aussi le terme "Intellectual inhibition"

S1	19	INHIBITION?(W)INTELLECTUELLE?
S2	26	INTELLECTUAL(W)INHIBITION?
S3	31	S1 OR S2

1.2.3.2. EMC-BIBLIO

Nous avons interrogé sur "Inhibition Intellectuelle" et avons obtenu 5 références.

1.2.4. Résultats des recherches sur les bases

Sur Dialog nous avons donc obtenu 31 références au total dont
- 2 références en double (communes à PASCAL et PSYCHINFO) et
- 1 référence en triple (commune aux trois bases)
soit 27 références différentes.

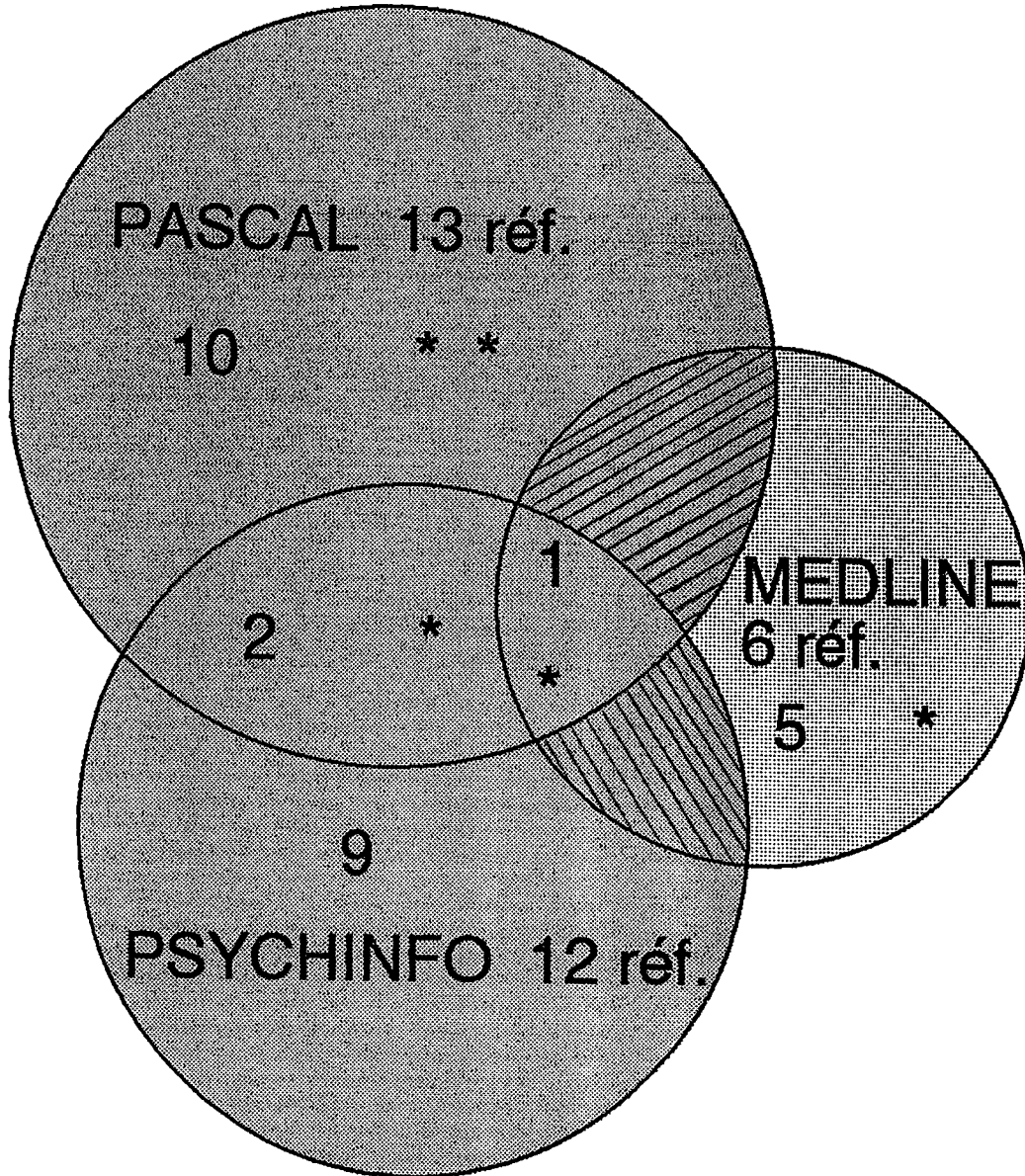
PSYCHINFO	: 12 références au total
PASCAL	: 13 références au total
MEDLINE	: 6 références au total

Par EMC-BIBLIO nous n'avons obtenu aucune référence supplémentaire. les 5 références se retrouvent dans celles obtenues par DIALOG.

1.2.4.1. Résultat de la recherche présentée sous forme de diagramme

Aucune référence n'étant commune seulement entre PSYCHINFO et MEDLINE, ni entre PASCAL et MEDLINE, les zones ont été hachurées.

Les étoiles montrent la répartition des références obtenues par EMC-BIBLIO



1.2.4.2. Le Bruit

Un seul des articles ne concerne pas directement l'inhibition intellectuelle puisqu'il ne fait que citer ce symptôme parmi d'autres. Le bruit est donc négligeable ce qui semble logique puisque la recherche était très ciblée.

1.2.4.3. Le Silence

Les références contenues dans la bibliographie des articles trouvés précédemment nous ont révélé moins de 10 articles dont le titre comprend le terme inhibition intellectuelle. Parmi eux trois seulement auraient pu, de part leur date de publication, se trouver dans les bases consultées.

Mais il nous est difficile de mesurer réellement le silence puisque nous ne pouvons savoir combien d'articles auraient pu être trouvés concernant le sujet, sans que le terme "inhibition intellectuelle" se retrouve intégralement dans le titre.

1.2.4.4. Autre constatations

- Support des documents:

Les 25 articles proviennent de 18 périodiques différents. Les 2 références restantes sont une thèse et un compte rendu de congrès.

- Langue des documents:

17 des références sont en français, 7 en italien et 3 en anglais (dont un article écrit par un Français et un par un italien)

En étudiant la répartition par base, on s'aperçoit qu'elle diffère notablement de celle donnée dans les descriptifs, même s'il est difficile d'en tirer des conclusions:

* PSYCHINFO donne 95% des documents primaires en anglais. Or sur 12 références nous en avons 8 en français, 2 en italien et 2 seulement en anglais (dont une écrite par un français).

* MEDLINE donne 75% des documents primaires en anglais. Or sur 6 références nous en avons 3 en français, 2 en italien et 1 seule en anglais (écrite par une équipe italienne).

* Dans PASCAL, sur 13 références nous en avons 10 en français et 3 en italien.

- Date des documents:

La répartition donne deux groupes: 7 documents entre 1968 et 1972, et 16 documents entre 1985 et 1991.

Un examen de la bibliographie des documents permet de dégager un autre groupe de documents mis en référence et datant des années 1920-1930.

Les thèses datent de 1975, 1977 et 1978, et sont donc, elles aussi regroupées dans le temps.

1.2.5. Autres recherches automatisées

1.2.5.1. B.N. OPALE

La base B.N. OPALE est produite par la Bibliothèque Nationale. Elle est disponible sur CD-ROM.

La version que nous avons pu utiliser contient

- Les notices des livres annoncés dans la Bibliographie de la France depuis 1975 jusqu'au 30 Novembre 1990 (notices complètes)

- Les notices officielles françaises ainsi que celles des organismes internationaux comme la Communauté Européenne, l'UNESCO, l'OCDE, etc...

- Les notices des ouvrages en cours de traitement établies à l'enregistrement du dépôt légal (notices moyennes, points d'accès non vérifiés et incomplets)

Au total 400.000 notices.

Nous avons utilisé les options de recherche:

mc= mot notice, ms= mot sujet, mt= mot titre.

Avec le terme inhibition:

mc donne 16 références dont 5 pertinentes
 mt donne 12 références dont 2 pertinentes (comprises dans les 5 précédentes, mais il aurait dû y avoir 13 références dont 2 pertinentes car un titre était mal orthographié)
 ms donne 0 référence.

Avec le terme inhibitions

mc donne 1 référence non pertinente
 mt et ms donnent 0 référence

1.2.5.2. GEAC à la B.M. de LYON

Le catalogue informatisé des bibliothèques de Lyon contient environ 650 000 exemplaires et 205 000 notices. L'OPAC permet de faire des recherches sur 6 critères (combinables): titre, auteur, auteur-titre, sujet, numéro ISBN, cote etc.

La recherche sur le terme "Inhibition intellectuelle" n'a rien donné, mais nous l'avons élargie comme nous l'avons dit en 1.1, et cela nous a permis de trouver (et emprunter) plusieurs monographies en rapport avec le sujet.

1.3. Thèses (recherche manuelle et automatisée)

1.3.1. Répertoire et fichiers spécialisés

Ces répertoires ont été consultés à la bibliothèque de l'ENSSIB et à la B.U. de médecine de Lyon.

1.3.1.1. . *L'enfant et l'école : Inventaire des sujets de thèse déposés et soutenus depuis 1970 dans les universités françaises, concernant l'enfant de 2 à 12 ans.* Paris : Direction des Ecoles, 1979.-(Fichier central des thèses)

Une référence trouvée.

1.3.1.2.

L'ex "Thèsindex" est devenu en 1983 l'"Inventaire des thèses de doctorat soutenues devant les Universités Françaises".

Il comporte un volume d'index et un ou plusieurs volumes de notices. La dernière édition papier disponible à ce jour est celle de 1991 concernant les thèses soutenues en 1989.

Inventaire des thèses de doctorat soutenues devant les universités françaises: 1972- Paris:Jouvet.7

tom.: *Médecine, pharmacie, chirurgie dentaire, odontologie*
(Index) 1 référence trouvée.

tom.: *sciences* Aucune référence trouvée.

tom.: *Droit, sciences économiques, sciences de gestion, lettres, sciences humaines, théologies*
3 références dont 2 pertinentes comprenant celle du fichier central des thèses.

1.3.2. Base Téléthèses

1.3.2.1. CD-ROM Téléthèses

La base "TELETHESES" est produite par DBMIST.

Le CD-ROM "Téléthèses" regroupe toutes les thèses citées précédemment ainsi que celles de sciences humaines et de sciences depuis 1972 (1983 pour la santé).

TELETHESES comprend trois bases interrogeables de façon séparée et correspondant aux divisions de la version papier.

Nous avons fait une recherche booléenne sur les mots du titre:

TI=Inhibit* ET Intellect*

Pour la première base nous avons obtenu 2 réponses pertinentes.
(en interrogeant sur le seul mot inhibition on a trois réponses)

Pour les deux autres bases: rien. La thèse de doctorat en médecine date en effet de 1977 et n'est donc pas dans la base.

Cette recherche ne nous a rien apporté de plus que la recherche manuelle, si ce n'est de constater qu'elle est infiniment moins longue et fastidieuse.

On constate que ces thèses sont regroupées dans le temps: entre 1975 et 1978

1.3.2.1. Base Téléthèses sur Minitel

La base "Téléthèses" est également interrogeable par minitel:

- Sans abonnement en faisant le 36.15 code "SUNK". Différents critères peuvent être choisis et combinés sans aucune difficulté (PRIX 60 F/heure)

- Avec abonnement "SUNIST" en faisant le 36.14.

1.4. Recherche manuelle

Elle a permis de trouver des références complémentaires concernant directement l'inhibition intellectuelle en recherchant systématiquement les références pertinentes dans les bibliographies des documents obtenus.

Ces références, comme nous l'avons dit précédemment, ont été d'environ une dizaine.

Nous avons de plus constaté qu'un certain nombre de références étaient communes à la majorité des documents, ce sont les références de base sur ce sujet, et que plusieurs auteurs, dans les publications récentes, se citent mutuellement:

- la référence 11 est citée dans les articles 6, 7 et 42,
- la référence 14 est citée dans les articles 2, 6, et 7,
- la référence 37 est citée dans l'article 38,
- la référence 47 est citée dans les articles 2, 12,
- la référence 48 est citée dans l'article 63, etc ...

1.5. Localisation et obtention des documents

Le CD-ROM Myriade, édité par le catalogue collectif national des publications en série disponibles, nous a permis de localiser les périodiques.

La plupart des documents ont pu être trouvés à Lyon soit à la BU de la faculté de médecine ou à celle de l'université Claude-Bernard, soit à la bibliothèque du centre de Psychologie de cette même université, soit encore à la bibliothèque de l'hôpital "Le Vinatier".

D'autres ont été commandés par le PEB à l'INIST à Nancy ou dans les facultés d'origine pour les thèses.

Un autre provient de la bibliothèque du Centre International de l'Enfance à Paris (16ème).

1.6. Conclusion

Notre recherche a fait émerger une plus grande proportion d'articles en français ou en italien que ne l'aurait laissé prévoir la composition des bases interrogées.

La nécessité de se cantonner à un seul terme pour la recherche en ligne montre bien que la façon dont sont indexés les documents limite les références trouvées.

Certains documents traitant des causes ou conséquences de l'inhibition intellectuelle sans la nommer explicitement ne pouvant être trouvés.

2^{ème} PARTIE :

SYNTHESE

INTRODUCTION

L'inhibition intellectuelle perturbe non seulement les facultés d'acquisition de connaissances, mais également l'affectivité et toute la personnalité des sujets qui en sont atteints. Lorsqu'il s'agit d'enfants leur avenir peut être gravement compromis.

Le Docteur Alain GAUVRIT, qui poursuit actuellement des recherches sur l'évolution à l'âge adulte d'enfants ayant souffert d'inhibition intellectuelle et ayant passé en moyenne deux ans à l'institut Beaulieu, m'a demandé de faire le point sur ce sujet peu étudié.

Cette synthèse m'a véritablement passionnée car j'ai pu faire la relation avec les événements vécus lors de l'éducation de mes quatre enfants.

Je souhaite de tout coeur que ce travail soit utile aux praticiens spécialistes mais aussi aux parents pour les aider à déceler à temps chez leurs enfants une éventuelle inhibition intellectuelle.

II. SYNTHÈSE

2.1. Historique du concept d'inhibition. Notions de peur et de timidité

2.1.1. Historique du concept d'inhibition

En Latin, "inhibere" vient de "in habere" et signifie garder, retenir, arrêter. On cite souvent le substantif "inhibito", qui en latin classique avait une signification nautique: il désignait l'action de maintenir un navire dans une position fixe par rapport à des repères terrestres en ramant à contre courant.

En Latin médiéval, "inhibition" devient un terme de jurisprudence et prend un sens d'interdiction, de défense, de prohibition.

C'est au milieu du XIXe siècle que le terme d'inhibition entre dans le vocabulaire scientifique par le biais des premières découvertes de la neurophysiologie: c'est en 1845 que les frères WEBER individualisent et décrivent pour la première fois un phénomène physiologique auquel ils donnent le nom d'inhibition. Ils montrent que le coeur, sous l'influence d'irritations faradiques du bulbe et du nerf vague, se ralentit et se met au repos.

En France BROWN-SEQUARD développera ce concept en caractérisant l'inhibition comme phénomène actif et temporaire.

Avec les premiers développements de la neurophysiologie, l'inhibition devient un concept scientifique aux multiples applications et ouvre la voie à l'étude de nombreux phénomènes régulateurs ayant pour objet d'adapter l'organisme aux variations des conditions internes et environnementales. Certains auteurs étendent les propriétés de l'inhibition à l'ensemble du système nerveux et au fonctionnement cérébral.

Dans le domaine de la psychiatrie, le milieu du XIXe voit naître des entités nosographiques qui se prêtent bien à une interprétation des phénomènes en terme d'excitation/inhibition comme la psychose maniaco-dépressive ou différentes formes d'hystérie. A cette époque, la psychiatrie, qui n'a pas encore pris son autonomie par rapport à la neurologie, emprunte le concept d'inhibition pour l'appliquer aux phénomènes psychiques normaux et pathologiques.

De nos jours l'extension des propriétés de l'inhibition, établies initialement sur un système neurologique simple, à la clinique des fonctions supérieures reste problématique; le lien établi est analogique et suppose un saut épistémologique à l'origine de nombreuses difficultés dans l'appréhension du concept d'inhibition en clinique psychiatrique.

La psychanalyse naissante va s'emparer elle aussi du terme inhibition. S. FREUD en parle pour la première fois dans "Esquisse pour une psychologie scientifique"; encore tout imprégné par sa formation de neurologue, il élabore un modèle du fonctionnement de l'appareil psychique où l'inhibition est un processus psychique au service du Moi considéré à ce stade de l'élaboration comme étant localisé dans un groupe de neurones.

Les différentes définitions de l'inhibition que nous avons trouvées mettent en valeur des aspects différents de ce terme complexe. Certains auteurs insistent sur la dimension temporelle de l'inhibition: celle-ci doit être réversible et donc temporaire, d'autres mettent l'accent sur le décalage existant entre les possibilités instrumentales et ce qui est produit par le sujet inhibé, d'autres évoquent ses aspects psychologiques, somatiques ou chimiques. (31 pp. 5-13.)

Ph. MAZET et D. HOUZEL écrivent que "de nos jours le terme inhibition est souvent employé par les psychologues ou les psychiatres pour décrire plus particulièrement le comportement et le mode relationnel de l'enfant. Mais l'inhibition peut porter sur n'importe laquelle des grands secteurs psychiques. Au niveau relationnel, ce qui est connoté sous le terme inhibition est la difficulté de contact avec autrui,... Le terme timidité est appliqué plutôt à des formes légères d'inhibition...[L'étude psychopathologique montre que] chez le sujet inhibé, c'est la peur d'agresser ou d'être agressé qui bloque la relation.... Cette inhibition peut évidemment gêner le fonctionnement intellectuel, et nombre de difficultés scolaires renvoient à une inhibition intellectuelle" (54/1 pp. 202-203.)

La notion d'inhibition est complexe, mais la compréhension de l'acception psychologique des termes "peur" et "timidité" peut aider à mieux la comprendre.

2.1.2. La peur.

" Le langage qui traduit la connaissance que les hommes ont du monde et d'eux-mêmes a réuni sous un même sentiment - la peur - une attitude vis à vis du monde intérieur et du monde extérieur de chacun." (65)
La peur est une émotion provoquée par la prise de conscience d'un danger. Elle est une réaction affective normale de l'organisme exposé à une menace réelle. (13/2 pp. 894-896.)

Durant l'évolution de l'homme (phylogénèse) elle a été l'une des émotions naturelles les plus importantes car elle a contribué à la conservation de l'espèce en lui permettant de se défendre contre les dangers.

De nos jours sa fonction reste identique. En mobilisant l'énergie de l'organisme, elle aide l'individu à éviter le danger en lui donnant la force d'agir. Mais parfois cette peur devient trop importante; elle ne mobilise alors plus l'énergie de la personne, n'active plus l'organisme, empêchant alors l'activité, détruisant la curiosité et l'envie d'agir. Dans ce cas la peur pousse la personne à régresser. Celle-ci ne peut plus organiser sa vie comme il le faudrait ou comme elle aurait pu le faire autrement.

La littérature spécialisée classe la peur chez l'enfant selon les deux types suivants:

PEUR

I Peur concrète

1. Angoisse de la douleur
2. Angoisse de séparation

II Peur symbolique

1. Fantômes
2. Angoisse des symboles réels
 - a/ des animaux excentriques
 - b/ de la nuit
 - c/ de la mort
 - d/ de la punition
 - e/ de l'école

La peur pesante qui dure depuis longtemps, et tous les genres de peur, surtout la peur des symboles ou des fantômes, reflète les problèmes et les conflits de l'enfant. C'est pourquoi on ne peut pas la considérer comme un état normal lorsqu'elle persiste trop longtemps.

Lorsque, pour un enfant, la peur ne correspond plus à un état temporaire, mais à un état durable et permanent, elle devient donc une caractéristique de sa personnalité, et un symptôme de maladie: cet enfant, siège d'une peur pathologique, est nommé enfant névrosé par la littérature spécialisée.

L'attitude qu'il adopte vis à vis de lui-même et de son entourage est perturbée continuellement par cette angoisse. (52 p. 472.)

L'enfant se tient à l'écart de la vie, des activités; il se ferme et ses rendements diminuent. Typiquement il considère chaque situation de la vie, chaque action à accomplir comme un danger qui ANTICIPE¹ l'échec de son activité.

Selon BECK (1972) la surévaluation du danger et la minimisation des possibilités du Moi induisent une peur importante, une angoisse, dont les conséquences sont toujours l'échec scolaire, l'échec du travail et de la vie".

D'autres psychiatres, médecins, sont arrivés à la même conclusion.

De par les expériences thérapeutiques et psychologiques, on sait bien qu'à la base de la peur puis de l'inhibition il y a des problèmes graves cachés dans la personnalité. Derrière la peur on retrouve toujours la diminution et les problèmes du Moi ainsi que le manque de confiance en soi. L'origine de ces problèmes peut être très ancienne et remonte généralement à l'enfance. (65) (67)

1 ANTICIPE: L'enfant pense, par avance, qu'il va échouer et qu'il ne peut faire autrement que d'échouer.

Dans les cas pathologiques ce phénomène nerveux diminue ou supprime l'activité d'une partie de l'organisme et débouche sur l'inhibition, qui en tant qu'élément régulateur n'est pas à priori un facteur pathogène: seul son excès conduit parfois à des contre-investissements ou à un appauvrissement des fonctions du Moi.

Lorsque la peur est intense, irraisonnée, tenace et qu'elle se reproduit systématiquement en présence d'une situation ou d'un objet très précis qui ne justifient par eux-mêmes une telle réaction, on parle de phobie.

2.1.3. La timidité

M. VINCENT souligne que "Timidité et inhibition sont les deux versants d'une même histoire qui est celle, aux différents âges, de la capacité d'aimer". (65)

La timidité est par définition "un trait de caractère marqué par le manque d'assurance, principalement dans le contact avec les autres, l'anxiété, la peur du jugement d'autrui...À l'extrême, ce sentiment d'infériorité peut aboutir à une névrose; le timide est conscient de son état et en souffre". Ce qui est à l'origine de bien des difficultés, surtout intérieures, que rencontre la personne.

La timidité est une émotion ayant une signification qui évolue au cours de l'histoire de chaque individu.

2.1.4. Influence de la peur et de la timidité sur l'évolution de l'enfant

Peur et timidité sont liées chez le jeune enfant et ont une influence sur sa personnalité.

" Le jeune enfant après sa naissance et dans les premiers mois de sa vie ne fait pas penser habituellement qu'il pourrait être timide, même si nous constatons qu'il paraît effrayé en entendant un bruit soudain." (65)

L'enfant à partir de 6 mois peut ressentir des peurs concrètes provoquées soit par une situation difficile, soit par une personne ou un objet concret. Sa peur augmente proportionnellement à son âge et au développement de son intelligence. Plus il se développe psychiquement, plus il acquiert la perception de son environnement et plus il a l'occasion de ressentir des peurs concrètes.

De 1 à 3 ans les signes de sa timidité deviennent très visibles.

Tous ceux qui s'occupent de jeunes enfants remarquent qu'à cet âge (1-3 ans) le bébé fait de plus en plus nettement la différence entre la personne qui s'occupe de lui (en général sa mère) et les autres personnes: il s'agite et manifeste un grand déplaisir lorsqu'il est séparé de sa mère pour être confié à quelqu'un d'autre.

Pour lui, cette troisième personne est un étranger dangereux qui le prive de sa joie, de la sécurité garantie par sa mère. Cette peur concrète est connue sous le nom d'angoisse de séparation (ou d'angoisse du 8ème mois).

Pour aider l'enfant à surmonter cette crainte, le rôle de la mère est très important. (44 pp. 115-119.) (65) (67) (70)
 Pour cela il ne faut pas qu'elle soit anxieuse. De même les parents et connaissances peuvent contribuer très utilement au développement mental de l'enfant, en lui donnant la chance d'expérimenter que ce qui est nouveau n'est pas forcément mauvais¹.

Ainsi ils aident le bébé, l'enfant, à régner sur un monde de plus en plus vaste.

A partir de trois ans il peut associer mentalement l'objet de la peur à la peur, c'est à dire qu'il commence à connaître les peurs symboliques, les fantasmes et les angoisses des symboles réels.

L'enfant va ainsi s'organiser pendant ses premières années.

Nous devons mentionner maintenant un autre phénomène qui a une grande influence sur l'enfant, sur ses angoisses et sa timidité: c'est la personnalité de son père.

Progressivement en effet, il va découvrir le rôle privilégié d'une personne autre que sa mère: son père, avec lequel vont s'organiser des relations triangulaires complexes faites de désir, de plaisir et d'angoisse. Ces relations auront parfois pour résultat de rendre l'enfant timide devant son père ou sa mère.

C'est une conséquence de ce qui est appelé, depuis la découverte de S. FREUD, le complexe d'Oedipe².

1 Un de nos voisins nous racontait le voyage qu'il avait fait avec son fils de deux ans et demi. C'était la première fois qu'ils partaient seuls tous les deux.

Pour leur première nuit à l'hôtel, le père poussa son lit contre celui de son fils, se coucha et éteignit la lumière. Au bout de quelques minutes une petite voix dit:

- il fait noir, hein?

- oui, répondit le père, il fait très noir, mais il ne faut pas avoir peur.

Encore quelques minutes de silence, puis une petite main toucha celle du père:

- je vais te tenir la main, dit le garçon. Pour que tu n'aies pas peur.

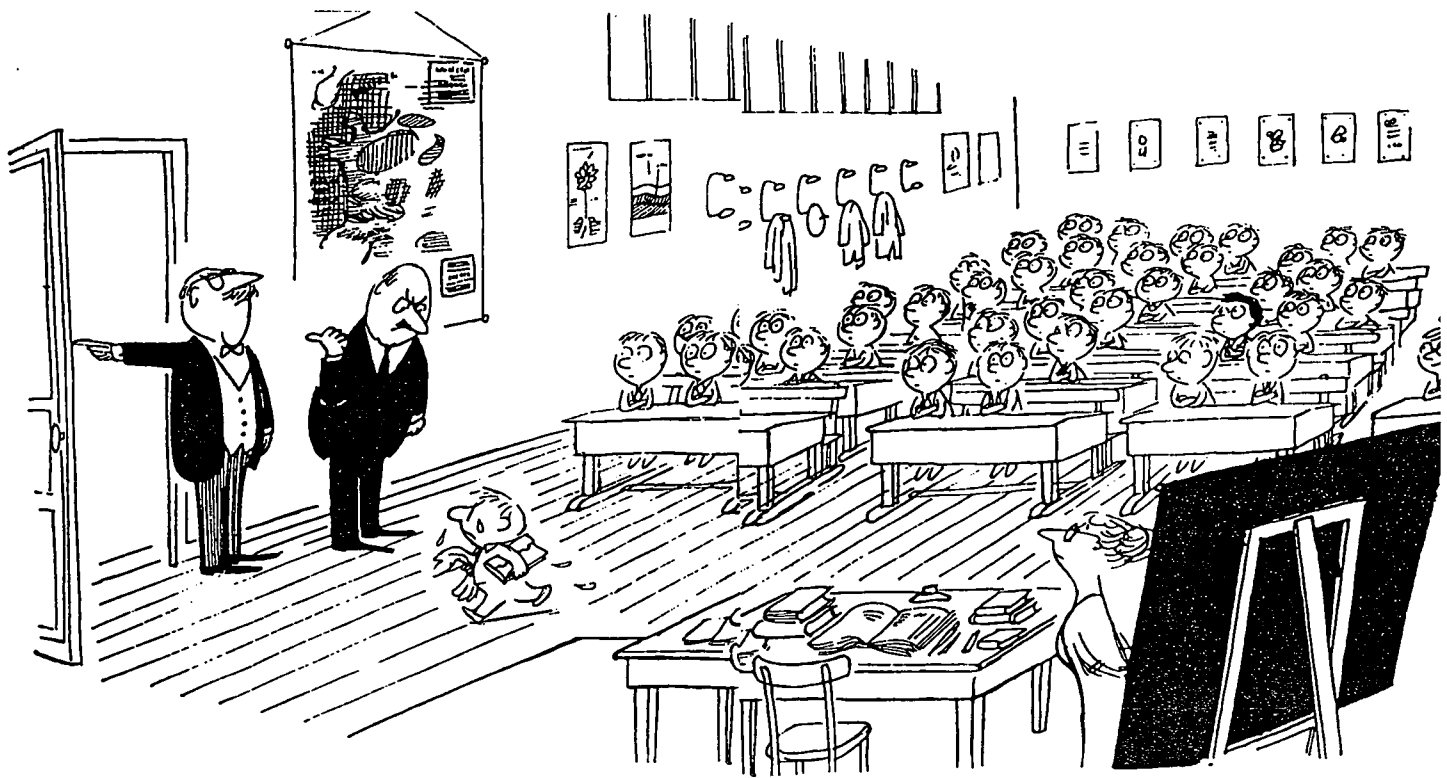
The United Church Observer(Canada).

2 Deux commères au marché:

- Le Docteur dit que le petit a un gros complexe d'Oedipe.

- Ne vous en faites pas, ma pauvre. L'important, c'est qu'il aime sa mère.

Yor Milano, Radio-Logano



Dans sa forme normale "l'amour se porte vers le parent de sexe opposé" et "la haine jalouse vers le parent de même sexe". Dans sa forme inversé "le désir sexuel est dirigé vers le parent de même sexe, et le désir de mort vers le parent de sexe opposé" Il existe encore une forme complète "où les deux formes se retrouvent, à des degrés divers"

C'est sous le signe du primat oedipien que vont se développer entre 3 ans et l'âge de la puberté, les capacités intellectuelles (63 p. 485.); et pour que l'enfant puisse évoluer, il faut qu'il se délivre de cette relation exclusive et primitive pour s'unir aux autres.

Il peut résulter de ce complexe une souffrance importante qui peut donner naissance à une névrose chez l'enfant mais, en général, l'entourage de l'enfant est en mesure de l'aider à surmonter cet état.

C'est à la période de latence, ou au plus tard à l'adolescence que doit se résoudre le complexe d'Oedipe. (47 p. 483.)(21 p. 205).

La phase de latence.

Lorsque l'enfant sort, entre 5 et 6 ans, de la crise oedipienne, et jusqu'à l'adolescence, se situe la phase de latence avec "mise en sourdine" de la sexualité et donc disponibilité pour de nouveaux intérêts, notamment les activités scolaires et intellectuelles.

Les premiers apprentissages (fin de maternelle, C.P.) seront investis dans la mesure où apparaît un certain désinvestissement des relations oedipiennes.

Les deux périodes les plus critiques de l'enfant vis à vis de la peur et de la timidité sont l'âge scolaire et l'adolescence.

L'âge scolaire.

"L'entrée de l'enfant, que ce soit à l'école maternelle ou à l'école primaire, se fait presque toujours avec timidité. Dans les bons cas les années d'écoles vont contribuer à la force de sa personnalité." (65 p.25.)

La timidité peut augmenter si "la vie familiale entretient des conflits trop importants entre l'enfant et sa famille; les exigences scolaires risquent alors d'entraîner des troubles plus importants³" (65 p. 25.)

3 A toujours entendre parler de réussite, les enfants finissent par avoir peur de commettre des erreurs, et à pécher par excès de prudence. Faut-il réussir pour être aimé?

Il n'est pas toujours possible de gagner, et les enfants ont besoin d'affection pour supporter les échecs. Ils doivent apprendre que l'échec fait partie de la vie et qu'il n'est jamais définitif. Une vie harmonieuse et une personnalité épanouie, voilà le seul véritable succès.

Je suis un imbécile

Dernièrement,
j'ai rencontré un monsieur
qui se vantait d'être un imbécile.
Il disait :
— Je suis un imbécile!
Je suis un imbécile!
Je lui ai dit :
— Monsieur... c'est vite dit!
Tout le monde peut dire :
« Je suis un imbécile! »
Il faut le prouver!
Il m'a dit :
— Je peux!
Il m'a apporté les preuves
de son imbécillité
avec tellement
d'intelligence et de
subtilité
que je me demande
s'il ne m'a pas pris
pour un imbécile!

L'école et la vie privée de l'enfant sont source de multiples expériences négatives, et celles-ci ont une grande influence sur l'image qu'il a de lui-même.

Le développement de son image est bien troublée elle aussi, et cela affecte son attitude envers tout ce qui l'entoure.

De nombreuses expériences ont eu pour thème la timidité, l'angoisse, la peur, les résultats scolaires chez l'enfant. Nous en mentionnons deux choisies parmi les principales. (5)(15) (27) (58)

Les sujets de ces expériences étaient des élèves de 10-12 ans scolarisés.

LIPSSITT (1958) soumettait aux enfants des listes de caractéristiques de la personnalité en leur demandant de les comparer à la leur propre. Les enfants devaient indiquer pour chaque caractéristique s'ils la possédaient ou non et si elle leur paraissait profitable ou non.

Il a pu constater que les enfants qui s'étaient attribué les caractéristiques les plus faiblement notées étaient angoissés et qu'inversement les enfants qui avaient obtenu le plus de points dans cet échelle n'étaient ni timides ni angoissés.

Une dizaine d'année plus tard BLOCK et THOMAS (1972) ont répété la même expérience que LIPSSITT, et obtenu des résultats identiques, mais un troisième groupe a paru: celui d'enfants se surévaluant⁴.

Il y avait donc selon cette échelle, des enfants qui sous-estiment, des enfants qui évaluent normalement⁵, et des enfants qui surévaluent leur Moi.

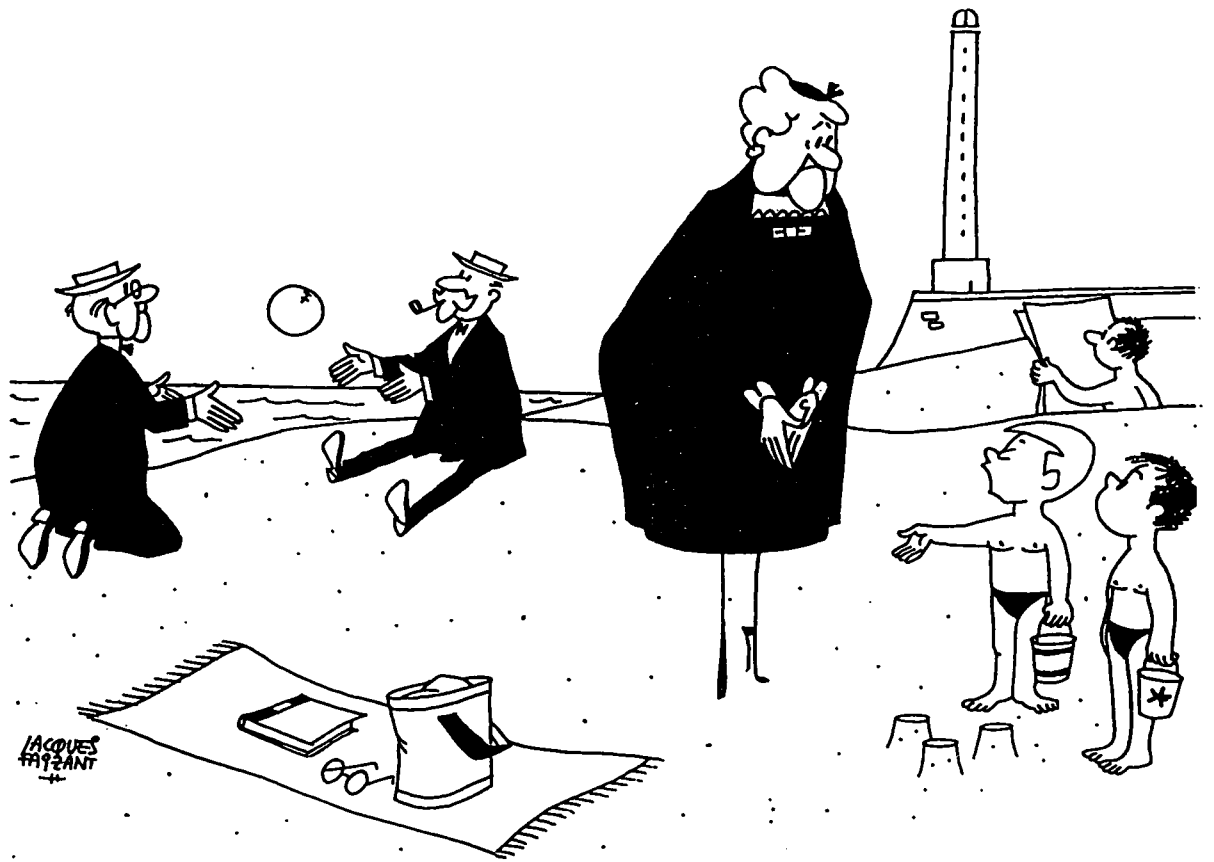
BLOCK et THOMAS ont constaté que dans ce dernier cas, ces enfants sont aussi des enfants angoissés. Leur cas est typique de ce que la psychologie nomme défense projective; c'est à dire qu'ils ont les mêmes problèmes que ceux qui se sous-estiment, mais ils en rejettent la faute sur les autres.

Comme on le voit, timidité, angoisse et peur sont liées très fortement au manque de confiance en soi et à l'évaluation du Moi.

Le rôle des écoles, en liaison avec le personnel médico-social associé (psychologue, assistante sociale, médecin ...) et les familles est de prendre les mesures nécessaires pour aider ces enfants à surmonter leurs problèmes. Si l'enfant ne reçoit pas d'aide, ces problèmes s'aggravent à l'adolescence. (65)

4 Le crétin prétentieux est celui qui se croit plus intelligent que ceux qui sont aussi bêtes que lui
Pierre DAC

5 La véritable modestie consiste toujours à ne jamais se prendre pour moins ni plus que ce qu'on estime qu'on croit qu'on vaut, ni pour plus ni moins que ce qu'on évalue qu'on vaut qu'on croit.
Pierre DAC



— Eh bien ! Ne reste pas là ! Demande-leur si tu peux jouer avec eux !

L'adolescence

L'adolescence est une longue période dont le début ne coïncide pas toujours avec la puberté, et qui dure jusqu'à l'âge adulte, qui n'est pas forcément d'ailleurs celui de la majorité civile. (63)

Au tout début de cette période qui correspond aux premières années de l'enseignement secondaire, la timidité s'exerce vis à vis des adolescents de l'autre sexe. Ils restent timides longtemps devant l'autre et restent attachés à des groupes qui sont mixtes jusqu'à la découverte de la relation de couple. (13) (65)

C'est une période exaltante et difficile.

Exaltante, parce que c'est le moment où les énergies s'amplifient, où l'on se découvre plus fort et où l'on croit que l'on peut transformer le monde.

Difficile, parce que le désir d'autonomie et de liberté s'accommode mal avec la dépendance matérielle.

Difficile aussi parce que l'adolescent va traverser une période narcissique durant laquelle il s'occupera beaucoup de son corps etc. en cherchant à l'embellir, à l'orner, à souligner les traits distinctifs de sa virilité ou de sa féminité.

Difficile encore car l'adolescent a besoin d'un temps de repli⁶, de maturation, en face des forces sexuelles et agressives mobilisées par son développement biologique (6 p.3344.) et que les événements sexuels s'accompagnent toujours de plaisir, mais aussi d'angoisse quelque soit leur forme.

L'organisation de la personnalité d'un individu dépend de son histoire⁷ et influence l'activité de ses nombreuses fonctions "motrice, d'alimentation, sexuelle, intellectuelle ..."

M. VINCENT démontre que "chaque fonction est liée premièrement aux activités sexuelles sources de plaisir et d'angoisse en même temps, deuxièmement liée également à la morale que l'individu admet, troisièmement liée enfin à ce qui reste de l'expérience de l'individu." (65 p.26.)

6 Parlant un jour de la nécessité de laisser aux jeunes le temps de s'affirmer, l'évangéliste Billy GRAHAM a cité cette expression chère à sa femme:
"C'est en Octobre, et non en Juin, que l'on peut juger de la qualité d'une pomme"

7 Ce que nous sommes aujourd'hui dépend de tout ce que nous avons vu, entendu et éprouvé hier. Ce que nous acceptons ou rejetons aujourd'hui formera notre personnalité de demain. Nous sommes en raison de ce que nous avons été.

Helen Macinnes, The Venetian Affair
(Harcourt Brace Jovanovich)

Le langage très spécialisé de la psychanalyse dit que "chaque fonction est subordonnée au Ça, au Surmoi et au Moi."

Leurs perturbations peuvent conduire jusqu'aux cas pathologiques.

Les problèmes décrits précédemment vont s'amplifier et de nouvelles angoisses peuvent être amenées à se développer si l'enfant, et plus tard l'adolescent, ne trouve pas dans l'atmosphère familiale compréhension, tendresse et chaleur, ou si les carences et l'inadaptation de la structure éducative ne lui permettent pas de s'épanouir à son rythme et selon ses possibilités.

C'est ainsi par exemple qu'une attitude trop stricte ou encore trop protectrice des parents, et plus généralement des éducateurs, favorise l'apparition de troubles chez les enfants et les adolescents.¹ (28 pp.73-75.)

Une accumulation des problèmes chez eux, mais aussi chez l'adulte, peut même finir par engendrer des maladies psychosomatiques.

1 Mon fils Dale terminait l'institut d'optométrie de l'Université du Maine et il s'interrogeait avec des amis sur l'influence qu'avaient eu leurs parents dans le choix de leurs études.

- Et toi Dale, est-ce que tes parents ont été directifs?

- Pas du tout. Je pouvais choisir ce que je voulais, à condition d'être médecin.

Jesse Anne Morris

2.2 Développement de la signification du mot inhibition dans la littérature spécialisée

L'activité de chaque fonction est l'occasion de conflits entre les forces auxquelles elle est liée, or c'est une loi de la vie que de chercher à réduire les conflits, comme le rappelle M. VINCENT.

Cela peut s'obtenir par des transformations maturatives (ce qui devrait être la voie "normale"), ou pathologique, comme on l'a vu précédemment ou encore par une inhibition limitant l'activité de la fonction perturbée ou perturbante. C'est une première facette de l'inhibition car il a été donné à ce terme de nombreux sens.

Pour W. BETTSHART " Le terme Inhibition ne peut pas cacher son origine neurophysiologique. Le médecin et physiologue français BROWN-SEQUART l'a utilisé en 1870, pour désigner une action nerveuse empêchant ou modérant le fonctionnement d'un organe."

L'inhibition serait donc la diminution de l'activité de base d'un neurone, en réponse à une stimulation sensorielle ou électrique, et cette réponse physiologique s'oppose à l'excitation.

Il poursuit "les notions d'excitation et d'inhibition sont restées des schémas de pensée en médecine et surtout en neuropsychologie. Sans mécanisme d'inhibition, l'organisme serait submergé par des excitations et arriverait rapidement à un épuisement total. L'inhibition a dans ce sens la valeur de protection d'une fonction. Elle devient pathologique par son excès." (6 p.3342.)

Comme nous le verrons, l'inhibition pathologique a aussi de nos jours un autre sens, non seulement dans le domaine physiologique, mais aussi dans le domaine psychologique qui a repris ce terme.

S. FREUD

Les études du problème posé à l'appareil psychique par l'excitation interne ou externe se retrouvent tout au long de l'oeuvre de Sigmund FREUD. Deux des oeuvres de S. FREUD abordent ce thème:

- En 1920 dans "Au delà du principe du plaisir", il développe entre autres la notion de la pare-excitation, qui est autant une fonction qu'un appareil protégeant le Moi des stimuli trop importants ou désagréables venant de l'extérieur.

- En 1926, dans "Inhibition, symptômes angoisse", il décrit l'inhibition comme une entrave à certaines fonctions du Moi, par opposition au symptôme: "L'usage terminologique est de parler d'inhibition dans le cas d'une diminution de la fonction et de symptôme lorsqu'il s'agit d'une modification inhabituelle de cette fonction ou d'un nouveau type de fonctionnement." (6) (7) (18) "Il ne peut pas nous échapper longtemps que l'inhibition est en relation avec l'angoisse. Bien des inhibitions sont manifestement des renoncements à une fonction, motivées par le fait que son exercice provoquerait un développement de l'angoisse." (18)

Pour éviter des conflits, explique W. BETTSCHART, le Moi doit prendre autant de précautions à l'égard du Surmoi que du CA. (6) (7) Le Moi développe ainsi toute une stratégie pour maintenir ou améliorer ses capacités fonctionnelles.

Il poursuit citant S.FREUD à la fin du chapitre: "En conclusion, on peut donc dire, au sujet des inhibitions, qu'elles sont des limitations des fonctions du Moi, soit par mesure de précaution, soit à la suite d'un appauvrissement en énergie. Il est maintenant aisé de reconnaître en quoi l'inhibition se distingue du symptôme, car le symptôme ne peut plus être décrit comme un processus qui se passe dans le Moi ou qui lui soit inhérent." (6) (7)

La formation du symptôme n'est pas liée du point de vue conceptuel à la fonction.

S. FREUD reconnaît que "l'usage peu clair, souvent abusif, de la notion d'inhibition indique bien que la distinction entre inhibition et symptôme n'est pas toujours si facile." (18)

Et dans une de ses dernières notes, datée du 3 Août 1938 à Londres: "La dernière raison de toutes les inhibitions intellectuelles et du travail semble être l'inhibition de la masturbation infantile. Mais cela va peut-être plus profondément, il ne s'agit pas de l'inhibition par des influences extérieures, mais par de la nature insatisfaite en soi. Il manque toujours quelque chose pour la décharge et la satisfaction totale - en attendant toujours quelque chose qui ne venait point (en français dans le texte) - et cette pièce manquante, la réaction de l'organisme, se manifeste dans d'autres domaines, absences, éclats de rire, pleurs, et peut-être encore d'autres. La sexualité infantile a une fois de plus fixé un modèle." (7 p.137.)

Les recherches psychologiques de nos jours complètent et diversifient cette image par d'autres aspects de l'inhibition, mais dans les expériences faites par les thérapeutes nous trouvons beaucoup d'exemples qui confirment les constatations de FREUD.

La signification et l'importance des inhibitions en psychanalyse d'enfants ne trouvent pas la même appréciation chez A. FREUD et M. KLEIN. (7 p.137.)

A. FREUD

Anna FREUD ne considère pas les inhibitions, ni les symptômes qui apparaissent au cours des phases du développement de l'enfant, comme des conséquences d'un déséquilibre entre la force du Moi et les exigences pulsionnelles, ou comme des manifestations véritablement pathologiques.

Dans son travail " Le normal et le pathologique chez l'enfant" édité en 1965, Anna FREUD reprend sa publication de 1945 "indication for child analysis" où elle a écrit: "Je ne fais que répéter ce que j'ai antérieurement souligné (1945) quand je mettais en garde les analystes contre la tentation de fonder leur évaluation clinique chez les enfants sur le degré d'altération du fonctionnement, bien que ce soit là l'un des critères les plus révélateurs en pathologie d'adultes.

Il n'y a durant l'enfance aucun niveau stable de fonctionnement dans quelque domaine et à quelque moment que ce soit: aucun point fixe ne peut servir de point de départ pour notre évaluation."

De l'avis de W. BETTSCHART (1990), Anna FREUD décrit les mouvements progressifs et régressifs de l'enfant comme des changements tout à fait normaux. (7 p.137.)

Elle considère qu'il n'y a chez l'enfant qu'un seul facteur dont l'altération peut être tenue à cet égard comme significative: "c'est son aptitude à progresser par étapes successives jusqu'à ce que la maturation, le développement dans tous les domaines de la personnalité et l'adaptation au milieu social soient achevés..." (7 p.137.) (34)

Mélanie KLEIN

Elle considère l'inhibition comme le meilleur critère de pathologie. Elle décrit la chaîne qui va depuis l'inhibition au jeu jusqu'à l'inhibition à l'apprentissage, puis à l'inhibition professionnelle ultérieure. Elle écrit: "En général, les inhibitions au jeu sont à la base des inhibitions scolaires." (7 p.137.)

Mais elle ne considère comme pathologique que "l'inhibition à exprimer dans le jeu l'activité fantasmatique et symbolique". Chez les enfants présentant une inhibition au jeu et qui étaient de bons élèves "le goût du savoir se révéla surtout obsessionnel, et certains d'entre eux rencontrèrent plus tard, le plus souvent à la puberté, d'extrêmes difficultés à étudier."

M. KLEIN introduit la notion de pulsion épistémophilique (qui serait peut-être mieux traduit par "besoin de savoir". (7 p.137.) Elle décrit comme particulièrement pathologique la résistance à l'éducation sexuelle d'où découle, d'une façon plus globale, l'inhibition des pulsions épistémophiliques. Cette dernière est en étroite relation avec le sadisme, car le premier objet en est le contenu du ventre maternel. Dans cette liaison naissent également les premiers sentiments de culpabilité. Le sadisme qui active la pulsion épistémophilique, déclenche d'autre part l'angoisse. Le savoir permet à son tour de maîtriser l'angoisse.

La pulsion épistémophilique n'est donc pas une fonction, mais sa conflictualisation peut engendrer de graves troubles dans l'acquisition des connaissances.

Dans un autre article, "L'importance de la fonction du symbole dans le développement du Moi", sa conception s'est élargie et elle met l'accent sur la représentation du monde extérieur à partir du désir d'appropriation destructrice du corps maternel par rapport aux caractéristique sadiques.

A son avis, des objets du monde extérieur sont investis libidinalement pour remplacer les objets primaires, c'est à dire les contenus du corps maternel qu'ils représentent. Ainsi se constitue le premier système symbolique¹. (32) (33)

1 JONES avait déjà expliqué le symbolisme par un déplacement de l'investissement libidinal sur des objets substitutifs.

L'originalité de Mélanie KLEIN est d'insister, écrit D. FLAGEY, sur l'élément sadique inclus dans tout désir d'appropriation, qui pousse le sujet à déplacer son investissement de proche en proche pour échapper à l'angoisse, née de la crainte de détruire l'objet. (14 p.739.) L'enfant est ainsi poussé à assimiler les contenus du corps maternel à d'autres choses qui les représentent, deviennent à leur tour objets d'angoisse et poussent à de nouvelles assimilations symboliques. Le moteur de la construction d'une représentation du monde extérieur est tout à la fois la poursuite d'une satisfaction libidinale et la fuite en avant devant l'angoisse née de ce désir, étant donné sa composante sadique. Donc "les fantasmes sadiques qui concernent l'intérieur du corps maternel constituent la relation première et fondamentale avec le monde extérieur et la réalité." (34)

Pour stimuler la formation des symboles et des fantasmes, qui constituent des matériaux utilisables pour les sublimations, il faut une certaine dose d'angoisse, mais pas excessive, pour qu'elle puisse rester supportable et être élaborée par le Moi. Au delà d'un certain seuil, l'inhibition apparaît et bloquant l'assimilation symbolique des objets du monde extérieur, coupe à la racine toute possibilité de développement intellectuel.

Nous voyons donc ici, comment des facteurs relationnels précoces peuvent jouer un rôle déterminant dans l'évolution des fonctions cognitives, c'est à dire dans l'évolution des actes de connaissance.

Dans les travaux de Melitta SCHMIDEBERG (1930), et ceux plus récents de Bernard GIBELLO (1990) nous trouvons des suggestions complémentaires par rapport au sadisme et aux expériences de Mélanie KLEIN.

Melitta SCHMIDEBERG

Dans un de ses articles (59), Melitta SCHMIDEBERG, se référant aux oeuvres de M. KLEIN, rapporte entre autres deux cas où "l'angoisse est la conséquence d'une agressivité refoulée" et met en relation inhibition et agressivité.

Comme le montrent ces analyses très détaillées dans l'article, l'agressivité n'apparaît jamais sous sa forme pure, mais toujours liée à des pulsions, sous forme de sadisme.

De plus l'intérêt pour les choses non sexuelles étant beaucoup plus inhibé que pour les sexuelles, cela tendrait à prouver que le refoulement ne concernerait pas en premier les excitations sexuelles mais l'agressivité.

Bernard GIBELLO, s'il refuse l'avis de M. KLEIN sur l'inhibition intellectuelle, comme nous le verrons par la suite, est par ailleurs d'accord avec ses conceptions du processus pré-oedipien de l'élaboration de la pensée et de la représentation de l'objet.

Il se consacre à des recherches thérapeutiques plus spécialement orientées vers l'étude des troubles cognitifs. (22) (23) (24)

Il a ouvert une nouvelle perspective en psychopathologie cognitive, en tenant compte des résultats de plusieurs ensembles de connaissances utilisés habituellement de façon isolée: il unit "les conceptions freudiennes-kleiniennes et les apports piageticiens et les nouveaux acquis de la pathologie génétique."

Pour aider à comprendre la théorie de B. GIBELLO, voici un aperçu de celle de Jean PIAGET sur le développement et l'inhibition de l'intelligence.

Dans son oeuvre "La naissance de l'intelligence chez l'enfant" on trouve: "Les connaissances ... procèdent ni de la seule expérience des objets, ni d'une programmation innée préformée dans le sujet, mais de constructions nouvelles. (49) Comme le développement sexuel décrit par FREUD, J. PIAGET décrit un développement de l'intelligence par stades, réalisant à chaque étape un des palliers d'équilibre suivant:

- Le stade de l'intelligence sensori-motrice (jusqu'à 24 mois);
- Le stade de l'intelligence préopératoire (jusqu'à 6 ans);
- Le stade des opérations concrètes (entre 7 et 10 ans);
- Le stade des opérations formelles préparatoires (10 - 12 ans) et d'équilibre (entre 12 et 14 ans)

correspondant au développement achevé de l'intelligence et au raisonnement hypothético-déductif.

Il écrit: "Tout organisme possédant une structure permanente, qui peut se modifier sous les influences du milieu, mais ne se détruit jamais en tant que structure d'ensemble, toute connaissance est toujours assimilation d'un donné extérieur à des structures du sujet... [ma seconde idée] est que les facteurs nominatifs de la pensée correspondent biologiquement à une nécessité d'équilibre par autorégulation." (13 p. 905.) (50)

Chaque stade est spécifié - dit PIAGET - par trois critères:

1. leur ordre de succession est constant
2. les structures anciennes doivent s'intégrer aux structures du stade ultérieur
3. chaque stade présente une certaine unité car leurs schémas opératoires obéissent à des propriétés logiques communes.

Dans la perspective de PIAGET, chaque stade atteint un état d'équilibre, ces stades n'étant pas nettement séparés. De plus il tempère cette chronologie rigide en mettant en évidence des décalages dans l'accession à la maturation du raisonnement entre des enfants du même âge: il parle de décalages "horizontaux".

Ces décalages font que lorsque l'on quitte un niveau d'équilibre pour entrer dans un autre niveau d'équilibre, on utilise encore pendant une période intermédiaire, certaines formes de pensées antérieures conjointement à certaines formes de pensée correspondant au nouvel état d'équilibre.

Puis à partir d'un certain moment, cela s'homogénéise, et il y a une espèce de prise en masse d'un équilibre cognitif qui se fait ainsi. Ces décalages existent donc normalement chez tout individu au cours de son développement.

B. GIBELLO a élaboré une nouvelle entité pathologique pour en rendre compte: il s'agit de la Dysharmonie Cognitive. Au cours du passage d'un stade à l'autre cette dysharmonie n'a rien de pathologique, elle ne le devient que si l'ampleur des décalages s'accroît, gênant la cohésion du raisonnement de l'enfant, et se transforme alors en Dysharmonie Cognitive Pathologique (D.C.P.)

Cette Dysharmonie Cognitive Pathologique (D.C.P.) est donc un trouble de l'intelligence avec des structurations anormales des contenants de la pensée. (23) (24 pp.469-477.)

Par ailleurs il constate que "de nombreux enfants ont un niveau intellectuel et une apparence clinique relativement banals quant à l'organisation de l'intelligence, et en même temps une non-organisation des structures de pensée tout à fait catastrophique" (résultats obtenus lors des épreuves qualitatives piagiennes). C'est ce qu'il appelle le Retard d'Organisation du Raisonnement (R.O.R.)

Les ROR sont soumis à certaines conditions. Il insiste sur l'existence d'un secret familial concernant souvent la filiation de l'enfant, et entraînant un "interdit de penser". Ce qui correspond à l'avis d'autres auteurs tels G. DIATKINE qui parlent d'inhibitions liées à des "non-dits" et des secrets de famille. (7 p.137.) (11) (42 p.521.)

W. BETTSCHART constate que de nombreuses situations, telles que l'adoption, la naissance illégitime, l'inceste, l'emprisonnement de l'un des parents, peuvent conduire à des inhibitions, si elles sont entourées de mystère ou de secret. (6 p. 3342) (9 p.976.)

En suivant dans les grandes lignes la signification de ce concept, nous voyons bien que le terme inhibition selon les auteurs peut signifier aussi bien un processus, un effet, une attitude, une cause, qu'un arrêt évolutif ou même une régression. Ainsi nous trouvons en psychopathologie dans la description diverses affectations qui vont de la schizophrénie à la dépression, aux névroses, surtout aux névroses phobiques et aux troubles du caractère.

C'est ce que Danielle FLAGEY a exposé au 32ème Congrès des Psychanalystes de langues romanes (Bruxelles, 20-22 Mai 1972) où elle a fait ressortir l'extrême complexité de la notion d'inhibition. (14 pp.717-799.)

2.3 L'Inhibition Intellectuelle

Nous abordons cette partie spécifique de l'inhibition qu'est l'inhibition intellectuelle.

Le terme inhibition est déjà complexe en lui même comme nous l'avons déjà noté, il est donc normal que le terme inhibition intellectuelle conduise souvent à des confusions.

Comme le souligne W. BETTSCHART, "peut-être faudrait-il parler de façon plus précise de l'inhibition de l'activité intellectuelle. (6) (7) Mais l'intelligence n'est ni une fonction, ni un état. L'inhibition serait plutôt liée à certaines fonctions de l'intelligence, telles celles de l'acquisition des connaissances ou du savoir, et l'inhibition de la pensée toucherait essentiellement les facteurs cognitifs et l'apprentissage." (6)

Nous allons essayer de donner un aperçu des recherches faites sur ce sujet.

L'expression "inhibition intellectuelle", de conception relativement récente, est largement utilisée de nos jours au sein des équipes de pédopsychiatrie.

Elle englobe d'autres troubles que ceux retenus dans le D.S.M.III¹ sous la rubrique du déficit de l'attention. (43)

Ce terme n'existait pas encore dans les définitions des psychanalystes du siècle passé. On parlait alors des problèmes de l'esprit, de rationalisation, des fantasmes qui perturbent la personnalité, de l'intellectualisation. (17) (16) (19 p.147.) (48)

Pour S. FREUD, comme on l'a vu, l'inhibition est la limitation d'une fonction, et l'inhibition intellectuelle est liée à l'angoisse "expression d'une limitation fonctionnelle du Moi, soit afin d'éviter un conflit avec le Ça, soit pour ne pas être en conflit avec le Surmoi". (16) (18)

Il s'en suit une diminution du plaisir à travailler, l'exécution défectueuse du travail, ou des phénomènes réactionnels tels la fatigue, la paralysie d'organes ou de fonctions, la perturbation compulsive de la névrose obsessionnelle, la recherche d'autopunition et le refus du succès de l'activité. (18 et 63 p.488.)

B. GIBELLO fait remarquer que "l'on suppose implicitement que la fonction intellectuelle soit constituée, et qu'après cette constitution surviendrait une inhibition de cette fonction constituée." Mais si "cette position est parfaitement pertinente pour les sujets adultes, elle ne prend pas du tout en compte ce qui est essentiel chez l'enfant et l'adolescent à savoir la construction, le développement et la genèse de l'intelligence." (24 p.469.)

1 D.S.M. III: Diagnostic and statistical Manuel of Mental Disorder. Whashington, American psychiatric association. 1982

M. NEYRAUT dit qu'il est difficile de limiter le sens de la rationalisation nommée depuis A. FREUD l'intellectualisation. (17) (48 p.765.) Il l'entend dans la signification relativement péjorative employée par A. FREUD qui l'a rapporté à l'Eros. Une intellectualisation positive ne pourrait se faire que dans une transgression qui est l'essence même de la dialectique.

Dans cet article M. NEYRAUT, se basant sur les oeuvres d'A. FREUD dit s'être "efforcé de montrer que les phénomènes de rationalisation ne représentaient pas seulement un mécanisme de défense susceptible de raccrocher la névrose à un pan de la réalité, mais qu'ils reposaient sur un fantasme et qu'ils constituaient en eux-même une forme d'inhibition intellectuelle, de par leur très grande intimité avec les éléments pulsionnels." (48) Mais il attire l'attention sur le fait qu'il "faut distinguer la rationalisation de la pensée rationnelle".

M. NEYRAUT illustre un type de rationalisation, nommé "rationalisation écran", et dit "qu'il y a des rationalisations écrans comme il y a des souvenirs écrans". Et que si un thème survient dans la séance thérapeutique, il est inmanquablement accompagné d'un même type de rationalisation. (48 pp.763.,765.,768-769.)

G. DIATKINE insiste sur le rôle des processus primaire et secondaire, rigoureusement associés dans une contradiction permanente au sein de la symbolisation, et il décrit trois modalités d'inhibition intellectuelle:

- 1 - inhibition de la pulsion scotophilique qui aboutit à l'échec scolaire
- 2 - inhibition phobique, comme l'inhibition des pulsions sadiques chez l'enfant
- 3 - inhibition de la pensée, en tant que production chez l'adulte (11) (48 p.785.)

G. DIATKINE par les exemples qu'il cite, illustre la distinction faite par B. GIBELLO entre l'inhibition intellectuelle et les perturbations de l'appareil à penser. (12)

Dans le cadre des anomalies des fonctions cognitives B. GIBELLO a introduit depuis une quinzaine d'années, comme nous l'avons déjà dit, les deux entités cliniques R.O.R. et D.C.P., que l'on peut qualifier d'originales car elles se situent en marge d'une classification traditionnelle des déficits intellectuels ou des retards mentaux.

Il estime d'ailleurs que l'on a souvent confondu sous le nom d'inhibition intellectuelle des processus fort différents et le reproche à M. KLEIN en particulier... (24 p.469.)

Les recherches qu'il effectue se placent dans la lignée des études du développement cognitif chez l'enfant par PIAGET, auquel elles empruntent les bases théoriques pour les utiliser comme des outils d'évaluation et de classification nosographique.

La nosographie classique distingue quant à elle, dans les troubles de l'intelligence, trois variétés principales :

1. Les démences: caractérisées par la perte de tout ou partie des capacités intellectuelles antérieures;
2. Les déficiences mentales: spécifiées par le retard global du développement de l'intelligence, sensible cliniquement, socialement, scolairement et psychologiquement;
3. Les inhibitions intellectuelles: c'est à dire la non utilisation par le sujet de capacités intellectuelles cependant présentes en lui. (22 p.148.)

Selon B. GIBELLO " il est manifeste que ces trois variétés classiques de troubles de l'intelligence ne recouvrent pas les R.O.R. ni les D.C.P. Pour des raisons diverses, beaucoup de cliniciens ont pris l'habitude de désigner et de considérer ces troubles comme des inhibitions intellectuelles. Cette habitude est fâcheuse, puisque par définition, dans les inhibitions intellectuelles, le développement des processus cognitivo-intellectuels s'est fait normalement. Alors que dans les R.O.R. et/ou les D.C.P, il s'agit de dysgénèse de ces mêmes processus".

C'est pourquoi il a proposé de compléter la nosographie classique par une quatrième variété regroupant les R.O.R. et les D.C.P. "Le nom que je suggère est celui de trouble des contenants de pensée ..." (22 pp.148-151.)

Nous sommes tous familiers avec la notion de contenu de pensée: ce sont les mots, les affects, les représentations en image que nous pouvons avoir etc.. c'est à dire les représentations psychiques: perceptions et émotions, souvenirs évoqués, projets et anticipations. (22 pp. 149-150.)

La notion de contenant, qui est si importante, est moins claire dans la plupart des esprits. Le contenant, c'est bien sûr ce qui contient ces contenus. Un contenant de pensée, c'est ce qui va donner sens à ces contenus de pensée. Les contenants de pensée les plus anciennement connus sont les processus praxiques et gnostiques, permettant de reconnaître l'objet perçu, ou de choisir le mouvement à réaliser dans un certain but. Le langage en est un autre (24 pp.470-472.) (22 pp.149-151.)

Il constate que les troubles des contenus de pensée peuvent conduire à l'inhibition intellectuelle. (22 p. 150.)

B. GIBELLO propose de distinguer trois groupes cognitivo-intellectuels:

1. Le premier est constitué par les modifications de la capacité de l'appareil intellectuel (sur le versant déficitaire il s'agit du domaine des arriérations mentales, et sur le versant positif des surdoués intellectuels)
2. Le second est constitué par les anomalies de la structure des "contenants psychiques": ce sont les Dysharmonies Cognitives Pathologiques et les Retards d'Organisation du Raisonnement (D.C.P. et R.O.R.)
3. Le troisième groupe comprend les sujets présentant des anomalies intellectuelles "fonctionnelles": il s'agit de perturbations des contenus de la pensée. C'est dans ce groupe qu'il range les sujets névrosés souffrant d'Inhibition Intellectuelle au sens propre du terme. (22) (24 pp.470-474.) (31 pp. 51-53.)

A. GAUVRIT précise que dans ce cas le trouble se situe au niveau de l'efficience. (19)

2.4 Causes de l'inhibition intellectuelle

Elles recouvrent bien sûr en grande partie les causes de l'inhibition au sens général du terme.

Beaucoup d'auteurs, surtout freudiens, soulignent que les problèmes de la pensée, de l'inhibition, et de l'inhibition intellectuelle en particulier sont liés à l'activité de recherche sexuelle de l'enfant, aux énergies libidinales, que l'inhibition intellectuelle apparaît à la fois "comme symptôme lié à l'angoisse et défense, aménagement, isolation de l'instinct et du savoir, limitation fonctionnelle de Moi, soit par mesure de précaution, soit à la suite d'un appauvrissement en énergie pour conserver à ce prix son intégrité". (47 p.481.) (63 p.489.)

C. MILLE, J. DELAHOUSSE, et J.L. PEDINELLI illustrent cette distinction par trois courts exemples montrant que le renoncement peut être dicté par "l'accroissement de la signification sexuelle" des fonctions intellectuelles, que l'inhibition intellectuelle est parfois renoncement au service de l'autopunition, ou que le Moi peut connaître un tel appauvrissement de l'énergie qu'il se voit contraint de restreindre sa dépense (économiser) sur plusieurs points à la fois. (43)

S. FREUD et ses disciples lient l'activité intellectuelle à la masturbation infantile. La surexcitation intellectuelle à l'adolescence s'accompagne souvent d'activité masturbatoire compulsive, qui peut prendre des significations diverses:

- retour au corps propre ou au corps maternel dans une réassurance narcissique
- réassurance contre la castration,
- tentative de garder le fantasme de bissexualité,
- liaison avec un fantasme oedipien,
- réparation contre l'angoisse de perte d'identité. (angoisse de dépersonnalisation)

Pour S. FREUD, l'activité de pensée est liée à l'emploi de petites quantités d'énergie libidinale. L'activité intellectuelle demande pourtant un certain renoncement instinctuel car la masturbation intense à la puberté peut ne pas laisser assez d'énergie pour le Moi. Il remarque plus tard que l'absence de masturbation à la puberté est aussi pathologique que son excès. Ainsi l'inhibition peut-être liée soit au refus de la masturbation, soit à l'insatisfaction orgastique de la masturbation. (63 p.487.)

T. TREMBLAIS-DUPRE cite le travail de J. LAMPL de GROOT, qui pense que chez la fille, l'inhibition masturbatoire à la puberté est lié à l'interdit maternel de la petite enfance qu'elle comprend ainsi: "tu ne peux pas te masturber parce que tu n'as pas d'organe comme un garçon", et par équivalence la fille traduit: "je ne peux pas travailler intellectuellement parce que je n'ai pas l'organe qui convient." (35) (63 p.487.)

Les traces, les vécus, les frustrations orales, les échecs de la période anale, les peurs, les sentiments persécutifs de la petite enfance, les craintes d'abandon - et de perte d'objet - vont affecter et infléchir le fonctionnement de la pensée comme des répétitions de modèles anciens: refus de l'ingestion des

nourritures intellectuelles, refus de l'élément passif de la compréhension, refus de la captation anale de la connaissance, (crainte aussi ou désir culpabilisé du regard de la mère, besoin exhibitionniste, etc...).

Dans "Inhibition, Symptôme, Angoisse" S. FREUD souligne que le Moi "est le lieu de l'angoisse, signal incitant à éviter la situation de danger - danger de la perte d'objet, danger de la castration, danger devant le Surmoi.

Aussi l'inhibition apparaît comme liée de façon structurale à l'angoisse de castration et à la problématique oedipienne, mais elle vise bien à faire l'économie de celle-ci. (18) (47 p.483.)

La recherche de l'origine des inhibitions et de l'inhibition intellectuelle en particulier nous conduit à évoquer les possibles dysfonctionnements dans les interactions précoces mère-enfant.

Les travaux de BRAZELTON, pour ne citer qu'eux, montrent le spectaculaire retrait du bébé, lorsque ses tentatives de mobilisation se sont soldées par un échec. (7) (9a pp.11-27) (42 p.522.) (65)

W. BION complète cette image et à la suite de M. KLEIN nous éclaire sur le développement de la pensée chez le petit enfant. Il décrit une construction progressive et complexe des pensées à partir des expériences de frustration et de satisfaction archaïque.

C'est, pour lui, la capacité de tolérance à la frustration qui serait déterminante pour l'élaboration de l'appareil à penser: le bébé peut ainsi transformer "sa sensation-émotion de vide en une pensée de non-chose, de non-objet, de non-sein"; l'élaboration de la pensée constituant en elle-même un moyen de rendre plus tolérable la frustration qui lui a donné naissance.

Le rôle dévolu à la mère, à sa capacité de rêverie est déterminant; elle offre ainsi un premier contenant aux projections de l'enfant et assure une fonction réceptive permettant une métabolisation, une désintoxication des sensations-émotions projetées en elle, et une intériorisation par l'enfant d'une capacité propre à transformer du corporel brut en rêves-souvenirs. Si la mère s'avère indisponible ou incompétente dans cette fonction, le psyché de l'enfant risque de fonctionner "à la manière d'un muscle pour expulser les sensations-émotions intolérables" à la place d'une barrière de contact, se développe un écran, une agglomération floue d'éléments Béta, pérennisant les mécanismes d'identification projective pouvant entraîner une inhibition intellectuelle. (7a p.28.) (42 pp.521-522.)

B. GIBELLO énumère de multiples causes des troubles des contenants de pensée, parmi lesquelles il mentionne que "les troubles des premières relations mère-enfant interviennent souvent dans le déterminisme des troubles:

- soit en raison de l'existence d'une dépression thymique grave de la mère l'empêchant de tenir son rôle dans le développement de l'enfant;
- soit en raison de l'absence ou de l'incompétence de la mère perturbant gravement l'évolution des phénomènes traditionnels;

- soit encore en raison de la transplantation de l'enfant dans un milieu et une culture étrangers. (22 p.151.)

Les "non-dits" et les secrets de famille peuvent être, eux aussi, rendus responsable d'un certain nombre d'inhibitions intellectuelles.

G. DIATKINE a montré en s'appuyant sur B. PENOT et M. TOROK, les mécanismes psychodynamiques liés aux secrets de famille, qui s'expriment par une inhibition intellectuelle. (6 p.3342.) (42 p.521.) (62)

"Dans le travail pratique quotidien, nous trouvons des inhibitions extrêmement graves dans les familles où non seulement l'évidence est refoulée, mais où la réalité bien visible est elle aussi déniée."

C'est ainsi que de nombreuses situations, telles que l'adoption, la naissance illégitime, l'inceste, l'emprisonnement de l'un des parents, peuvent conduire à des inhibitions, si elles sont entourées de mystère ou de secret. (6 p.3342.) (9 p.976.) (11) (42 p. 521.) (43)

Dans certains cas leur conséquence est une dénégation totale, si l'enfant a une grande tendance à la généralisation. Alors les inhibitions ne se limitent plus seulement à l'activité intellectuelle, mais elles atteignent également l'épanouissement social et créatif, alors que par ailleurs "d'autres enfants trouvent au contraire des compensations et des satisfactions dans l'utilisation de leurs diverses fonctions." (1 pp.1073-1093.) (7 p.137.)

D'autres approches mentionnent la névrose comme l'une des causes importante.

Geneviève PRAT, dans son étude approfondie réalisée sur 600 enfants, souligne que le "taux de névroses est très élevé, et les névroses oedipienne sont les plus fréquentes." (52 pp.467-474.) Elle écrit: "On a l'impression que l'enfant détourne son intelligence au profit de l'organisation de sa propre névrose; névrose organisée pour se défendre contre l'angoisse ressentie." (52 pp.472-476.)

Elle a étudié à fond l'environnement familial, les troubles du comportement des enfants en famille ou à l'école, qu'ils aient ou non, d'ailleurs, des retentissements scolaires.

Parmi les nombreux troubles qu'elle a répertoriés comme caractérisant ces enfants dont la plupart souffrent d'inhibition intellectuelle, nous mentionnerons:

- les perturbations aux niveaux archaïques du développement de la personnalité, c'est à dire les dysharmonies d'évolution de la personnalité;

- les troubles de l'affectivité au niveau prégénital, concernant surtout des enfants ayant des mères de mauvaise qualité;

- les états névrotiques.

Plusieurs auteurs (DANON-BOILEAU et LAB, GAUVRIT, GIBELLO, PRAT etc.) se sont intéressés aux problèmes d'inhibition intellectuelle massive chez les enfants doués ou surdoués, et constatent que, de toute évidence, les enfants d'intelligence supérieure ont eux aussi leurs problèmes, leurs souffrances et leurs difficultés d'adaptation. (10) (19) (20) (52 p.467.) (53 pp.92-95.) (61)

La grande fragilité des enfants surdoués, leur grande sensibilité, est en partie, selon leurs expériences, la cause de cette inhibition intellectuelle:

Ces enfants fabriquent de l'angoisse: angoisse névrotique liée à la perception précoce et suraiguë des conflits, ou angoisses métaphysiques concernant essentiellement Dieu, la mort ou l'univers.

Nous citons ici l'un des exemples frappant de G. PRAT: "Écoutons Fabrice dont le frère aîné est mongolien: "lorsque mon frère prononce le mot "mort", il ne comprend pas ce que ce mot veut dire. Alors cela ne lui fait rien." (52 p.472.)

Ces enfants fabriquent aussi de la névrose, détournant leur intelligence au profit de cette névrose organisée pour se défendre contre l'angoisse.

Ce rapport entre l'inhibition intellectuelle et le deuil a été étudié par G. DIATKINE. (12 pp.491-495.) Il constate "que l'adulte ou le grand enfant endeuillé est incapable d'un travail intellectuel, qu'un certain degré de développement psychique et une assez bonne santé mentale sont nécessaires à la réussite du "travail du deuil" ... aussi quand un jeune enfant déjà perturbé perd l'un de ses parents, cela lui crée fréquemment des difficultés intellectuelles graves." (12 p.491.)

Et perturbés, les enfants doués le sont souvent. "Plus un enfant est intelligent, plus il éprouvera des difficultés à développer harmonieusement sa personnalité, plus il courra de risque de présenter un état mental pathologique" est en effet l'impression générale qui se dégage, entre autres, des études de G. PRAT.

A. GAUVRIT, suite à une thèse de médecine sur les enfants intellectuellement précoces, poursuit actuellement ce travail sous la forme d'une étude longitudinale de 144 des 145 sujets de la thèse, devenus maintenant adultes. (20)

Il met en avant deux causes de l'inhibition intellectuelle chez les "surdoués":

La première est le besoin de se défendre contre l'incompréhension et la marginalisation, et de "resynchroniser"¹ artificiellement intelligence et affectivité.

Il existe en effet un décalage important entre leur capacité à comprendre sur le plan intellectuel et sur le plan affectif. (24 p. 471.) (61)

¹ En référence à ce que de J.C. Terrassier a nommé "Syndrome de Dyssynchronie"

L'autre cause citée dans l'article, est "S'interdire": "L'enfant "surdoué" renonce à exploiter ses prodigieuses capacités. A ce propos, dit-il, Mélanie KLEIN par sa référence au problème du renoncement à la toute puissance, situe le problème de l'inhibition intellectuelle par rapport à l'investissement narcissique. Beaucoup d'enfants se trouvent déconcertés - ne dit-on pas "rester interdit" ? - de ne pas savoir lire ou écrire d'emblée, ou d'être incapables de résoudre un problème instantanément." (19 p.147.)

Ces enfants sont victimes de leurs dons, car n'ayant pas appris à apprendre tant tout était facile pour eux jusque là, ils ignorent la nécessité et la pratique de cet effort, et il arrive qu'aux alentours des classes de quatrième ou troisième ces enfants surdoués échouent brutalement. Ils ont alors l'impression d'avoir perdu leurs capacités, leur intelligence, et c'est souvent pour eux une blessure narcissique tout à fait considérable.

Dans l'impossibilité à supporter ce qu'ils considèrent déjà comme un échec sans avoir pu essayer de le surmonter, ils vont se réfugier dans des conduites de fuite variées.

Ainsi, la nécessité d'intégrer les données nouvelles mettant en cause le fonctionnement intellectuel habituel du sujet, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte d'ailleurs, peut-il constituer un danger pour le narcissisme.

On comprend ainsi nombre d'inhibitions qui s'installent la première fois que des enfants doués-surdoués se trouvent confrontés à une difficulté intellectuelle."² (19 pp.147-148.)(23) (24 p.471.)

2.5 Formes et conséquences de l'inhibition intellectuelle

L'inhibition intellectuelle se révèle sous de multiples formes et entraîne un ensemble de symptômes secondaires qui vont souvent venir renforcer l'inhibition primaire. (47 p.480.)

Les conséquences les plus souvent mentionnées, chez les enfants et adolescents, sont les troubles de l'attention, de l'apprentissage et les échecs scolaires.

Il faut quand même faire très attention à ne pas rendre responsable l'inhibition intellectuelle de tous les échecs scolaires. (6 p.3342.) (9)

Cet échec scolaire est habituellement révélateur, mais il peut être négligé par l'entourage, en raison de la prééminence d'autres manifestations, au premier rang desquelles se situent les troubles du comportement occasionnant plaintes et sanctions de la part du milieu scolaire. (42 p.1.)

La perturbation au travail peut se faire, soit sur un mode hystérique, et c'est alors le cortège des troubles de l'écriture, de la lecture, de l'orthographe, les dictées catastrophiques, les variations spectaculaires d'échecs et de réussite, les phénomènes somatiques ou la fatigue, les maux de tête ou les troubles du sommeil ont une place privilégiée. Soit sur un mode obsessionnel: la lenteur exaspérante pour se préparer le matin, à se rendre à l'école, les préparations interminables pour se mettre au travail le soir, le temps perdu dans les vérifications, les interruptions incessantes au cours des devoirs pour venir solliciter l'aide maternelle, l'opposition sourde aux explications données vont marquer l'ensemble de l'activité intellectuelle du sceau de la problématique anale. (31 p.68.) (47 p.480.) (48)

Les maux de tête (céphalées) présentés par l'enfant en période de latence ou l'adolescent comme cause de l'inhibition intellectuelle constituent en fait l'inhibition elle-même selon H. DANON-BOILEAU qui dit que "il est rare de rencontrer une inhibition intellectuelle tant soit peu sévère sans la présence de céphalée." (31 p. 90.)

Un test effectué à Rome en 1983 réunissait un ensemble d'enfants d'intelligence normale, divisé en deux groupes homogènes dont l'un se distinguait de l'autre seulement parce que les 58 enfants qui le constituait avaient eu des migraines dont les plus anciennes remontaient au moins à un an. Un des résultats de ce test a montré que le groupe des migraineux était caractérisé par une inhibition intellectuelle marquée par une mauvaise performance scolaire. (30)

Une autre conséquence de l'inhibition intellectuelle est l'échec aux examens. Dans ce cas l'inhibition intellectuelle elle-même est soit un phénomène primaire, soit un phénomène secondaire.

Selon H. DANON-BOILEAU, l'adolescent phobique présente souvent des accès dépressifs pouvant s'avérer graves quelque fois, avec des réactions suicidaires survenant au passage d'examens. (10) Il semblerait que l'inhibition intellectuelle soit dans ce cas un phénomène primaire constituant une sidération des possibilités intellectuelles au cours de l'épreuve et engendrant dans un deuxième temps une phobie de l'angoisse. Une phobie des examens peut alors se développer, mais elle est secondaire à la confrontation inévitable avec cette mise à l'épreuve: "la peur de l'inhibition s'organise en phobie d'examen". (31 p. 72.)

B. GIBELLO parle aussi de phobie avec une angoisse devant le savoir, qu'il s'agisse d'obsession avec les ruminations, le doute, etc... (24 p. 473.)

La névrose d'échec, quant à elle, peut se traduire chez l'étudiant par une inhibition intellectuelle qui représente une arme privilégiée dans le besoin d'échouer. Elle apparaît chez les sujets doués lors de la préparation d'épreuves décisives ou au cours de l'épreuve elle-même. L'aspect répétitif de certaines "malchances" est tout à fait caractéristique, souvent niées par le sujet tant l'aspect aléatoire de la réussite universitaire facilite le camouflage du masochisme. (62a pp.431-445.)

L'inhibition intellectuelle peut aussi prendre la forme d'une dépression " Elle ne s'ajoute pas à la dépression. Elle est la dépression." (19 p.147.)

Chez les enfants dépressifs, elle se reflète aussi dans la baisse récente du rendement scolaire. L'enfant se plaint de troubles de l'attention et de la concentration, son raisonnement est ralenti; son imagination pauvre et sa mémoire défaillante. Les facultés intellectuelles ne sont pas atteintes dans leur intégrité, mais seulement dans leur fonctionnement et leur efficience. Cependant, les épreuves psychométriques démentent toute diminution objective des possibilités intellectuelles (sauf certaines épreuves de performance chronométrées) (46 p.138.)

"La dépression étant le résultat de l'abandon du vrai Soi, on peut raisonnablement penser que l'inhibition intellectuelle constitue un véritable équivalent dépressif, voire un équivalent suicidaire si l'on considère qu'il s'agit d'un retournement agressif contre lui-même." (19 p.147.)

Une étude réalisée sur 217 cas de jeunes entre 10 et 18 ans ayant perpétré une ou plusieurs tentatives de suicide montre tout d'abord la difficulté de reconnaître la phénoménologie dépressive à la puberté.

Les auteurs soulignent la dysharmonie spécifique dans l'organisation de la pensée, la conceptualisation altérée du temps et l'immaturité émotive.

Il en résulte que le concept de mort est discordant chez ces sujets; la mort est vue rationnellement comme un fait irréversible, mais associé émotionnellement avec le contrôle magique, omnipotent, du Moi sur l'objet.

La dysharmonie intrasystémique, conséquence de la pathologie de la relation objectale, a conditionné l'inhibition intellectuelle, limité la possibilité de défense rationnelle et la capacité d'un raisonnement de perspective.

Ainsi, ces sujets confrontés à la frustration réagissent essentiellement à l'aide d'un mécanisme élémentaire de court-circuit. L'adolescent glisse dans la drogue (dont l'alcool), la fuite (fugue) ou le suicide. (1)(8) (31 pp.83-84) (63 p.488.)

Certains auteurs posent le problème de la quantité de dons précieux et de forces vives qui sont ainsi soustraits à la société du fait des inhibitions intellectuelles, sans parler de celui de la souffrance extrême, des vies dégradées et gachées, plus particulièrement peut-être dans le cas des enfants "doués". (19 p.144.) (52 p.472.) (59 p.185.)

BLESSURES D'ENFANCE

On ne sait pas toujours à quel point les enfants
Gardent de leurs blessures le souvenir longtemps
Ni comme on a raison d'aider à s'épanouir
Cette fleur dans leur âme qui commence à s'ouvrir

Moi qui rêvais d'amour de musique et d'espoir
je m'endormais cerné de frayeurs dans le noir
Certain que tous les rêves étaient sans lendemain
Je m'éveillais toujours le vide entre les mains

Chacun vivait pour lui dans sa tête en silence
Et je chantais mon âme en pleine indifférence
Encombré de mes joies troublé de mes envies
Faisant semblant de rien pour que l'on m'aime aussi

L'été on m'envoyait sur le bord de la mer
Ou au fond du jura profiter du grand air
Ecrire à mes parents que je m'amusais bien
Et m'endormir tout seul blotti dans mon chagrin

J'essayais de grandir, de m'envoler peut-être
Pour cueillir des étoiles à ceux qui m'ont vu naître
J'ai longtemps attendu ce geste ou ce regard
Qui n'est jamais venu, ou qui viendra trop tard

Puis mon frère est parti pour un lycée banal
En pension pour trois ans parce qu'on s'entendait mal
J'avais cherché sans cesse à croiser son chemin
Sans jamais parvenir à rencontrer sa main

Tous mes élans d'amour brisés dans la coquille
J'essayais de renaître en regardant les filles
Aimer c'était malsain pervers ou malséant
Pourtant c'était si doux si tendre et si troublant

Aujourd'hui j'ai grandi mais le silence est là
Menaçant, qui revient, qui tourne autour de moi
Je sais que mon destin, c'est d'être heureux ailleurs
Et c'est vers l'avenir, que j'ai ouvert mon coeur

Mais j'ai toujours gardé de ces années perdues
Le sentiment profond de n'avoir pas vécu
L'impression de sentir mon coeur battre à l'envers
Et la peur brusquement d'aimer à découvert

On ne sait pas toujours à quel point les enfants
Gardent de leurs blessures un souvenir cuisant
Ni le temps qu'il faudra pour apprendre à guérir
Alors qu'il suffisait peut-être d'un sourire

Moi qui rêvais d'Amour de musique et d'espoir
J'ai attendu en vain ce geste ou ce regard
Mais quand un enfant pleure ou qu'il a du chagrin
Je crois savoir un peu ce dont il a besoin

Yves DUTEIL

2.6 Thérapie

L'inhibition intellectuelle se soigne en permettant au jeune de réinvestir les fonctions du Moi et d'y trouver du plaisir et de la satisfaction. (6 p.3346.)

Il est à déplorer que la littérature spécialisée décrive trop rarement le déroulement de thérapies employées dans les cas d'inhibition en général et d'inhibition intellectuelle en particulier.

Néanmoins, une bonne partie de l'article de Françoise BOUCHART est consacrée à présenter le rôle important du thérapeute ainsi que les difficultés auxquelles il est confronté. (9 pp.977-978)

Dans l'inhibition, l'activité intellectuelle défaillante ne peut exercer son rôle en fournissant des représentations. C'est ainsi que le psychologue se trouve devant un refoulement massif qui masque la structure et le stade auquel le patient a régressé. C'est la coexistence d'émergences conflictuelles qui permet une évaluation de l'économie du patient. Pour cette évaluation les médecins peuvent aussi se référer à l'étendue de la limitation fonctionnelle du Moi et évaluer quels secteurs sont préservés.

Il est bien évident qu'une inhibition survenant dans les premières années de la vie pèsera plus lourd sur le destin du sujet qu'une inhibition tardive.

"La pratique nous apprend - écrit F. BOUCHARD - que nous n'engageons que rarement une cure si l'inhibition intellectuelle est seule au tableau clinique; il n'y a, à notre avis, de possibilité d'ouverture que dans le compromis représenté par les autres symptômes. Ceux-ci sont le témoignage d'un conflit, encore en activité, entre les instances de la personnalité, et il nous paraît alors possible de saisir, à travers eux, les représentants psychiques des pulsions. Lorsque l'inhibition efface les symptômes, rien du monde extérieur, ni du monde intérieur du patient n'apparaît comme significatif, et l'analyste perd lui aussi sa signification.

Le fonctionnement mental, ressenti comme une exigence de l'analyste, est vécu comme impossible et remplacé par un sentiment de vide qui lui apparaît soit comme un gouffre qui l'aspire soit comme un mur infranchissable, est pris d'un malaise qui le fait hésiter à prendre de tels patients en traitement. Il nous semble qu'il se trouve confronté avec une difficulté à deux niveaux:

- l'accès au monde réel du patient est barré par la pauvreté de ses expressions qui traduisent l'impossibilité actuelle d'une perception riche et nuancée;

- quant à son monde fantasmatique il n'est pas perçu et donc non exprimé." (9 pp.977-978.)

D. GUILLEMINO et Y. CROMBEZ ainsi que B. GIBELLO décrivent les principes généraux des orientations thérapeutiques (24 pp.474-475.) (31 pp.125-127.)

Ils soulignent que l'inhibition de l'enfant demande de la part du thérapeute une attitude active:

- Il doit tout d'abord reconnaître l'inhibition, déterminer son intensité et son retentissement sur le développement de l'enfant en fonction de l'âge.

"Je pense personnellement, dit B. GIBELLO, que les méfaits de l'étiquetage sont infiniment moindres que les effets de la méconnaissance de ces troubles."¹

- Ensuite analyser les facteurs d'entretien comme le rôle inhibant du milieu familial ou scolaire.

- Puis décider de l'action thérapeutique. Le choix entre thérapie individuelle ou collective est fondamental.

L'inhibition intellectuelle est décrite comme un trouble curable, qui se lève aussi facilement qu'elle s'installe. (24 p.474.) (52 p.472)

Mais comme le soulignent bien des auteurs, le traitement de l'inhibition et l'inhibition intellectuelle en particulier, est parfois long et difficile surtout chez les enfants et les adolescents. (6 pp.3342-3346.) (7 p.139.) (63 pp.485.,488-489)

Tous les auteurs, de S. FREUD à D. WINNICOTT en passant par M. KLEIN et A. FREUD, pour ne citer que les plus célèbres, ont souligné les difficultés de l'abord thérapeutique à l'adolescence et en période de latence, où les constats d'échecs² sont fréquents. (47 p.482.)

Les traitements sont plus compliqués car les jeunes ont déjà vécu une série d'échecs qui les a conduit à une attitude de passivité et de désespoir plus ou moins dissimulée. (7 p.139.)

La difficulté est aggravée par le fait que, en général, ils n'ont pas conscience de leur inhibition. (42 p.520.) (47 p.480) (48 p.762.)

A l'adolescence, les inhibitions intellectuelles transitoires ou prolongées sont assez fréquentes. Elles sont souvent méconnues et ramenées à des difficultés propres à cet âge, par exemple à des troubles du comportement ou des difficultés affectives. Les adolescents sont décrits par leurs parents et enseignants comme distraits, rêveurs, faisant preuve de mauvaise volonté.³

1 Je n'ai jamais raison avec mon patron, raconte la secrétaire d'un psychiatre. Si j'arrive en avance, c'est signe d'anxiété. Si je suis à l'heure, c'est signe d'obsession. Si j'arrive en retard, c'est signe d'agressivité.

2 Confiance (imaginaire) d'un analysé: "Avant j'étais complètement bloqué, maintenant je débloque complètement" C.J.

3 Attendez toujours le meilleur des autres, cela les aidera à devenir meilleurs. Ne leur en veuillez pas s'ils vous déçoivent, cela les aidera à persévérer.

Parents et enseignants se rejettent souvent mutuellement la responsabilité du fléchissement du rendement scolaire.

Les adolescents souffrant d'inhibition intellectuelle tombent souvent dans un vide entre les pédagogues et les psychothérapeutes, et sont adressés trop tardivement à ces derniers alors qu'il serait d'une importance capitale de pouvoir les guérir avant la puberté, pendant la période de latence. (6 p.3342) (52)

Le but des cures thérapeutiques est alors la restauration narcissique et la confiance en la fiabilité des fonctions intellectuelles, tout cela demandant d'importantes ressources de la part du thérapeute et un travail patient pendant de nombreuses années. (6 p.3342.) (7 p.139.) (40 p.157.)

D. WINNICOTT, dans le processus de Maturation des Enfants, mentionne que la période de latence est celle où le Moi prend pour ainsi dire possession de son domaine; après la disparition du complexe d'Oedipe des défenses formidables se développent, les processus intellectuels peuvent être utilisés comme défense. (70)

" Plus l'enfant est jeune, plus toute amélioration due à l'analyse est exagérée par le cours naturel des événements et ce n'est pas à la légère qu'on peut prendre la décision de faire analyser l'enfant en période de latence" est la conclusion à laquelle il arrive et qui n'est contredite par aucun des autres auteurs (47 p.483.)

De plus les troubles de l'attention viennent parfois durablement entraver le déroulement des entretiens avec des enfants pourtant souriants, au contact facile mais ne se reconnaissant aucune souffrance...

"C'est dans ce contexte que l'indication de psychodrame est éventuellement posée, c'est à dire quand la relation individuelle s'annonce particulièrement rebutante. Leur distance polie à l'égard du thérapeute est comprise comme un mode de défense, classique à la période de latence, où la relation duelle peut être vécue comme une tentative de séduction, voire de subversion, risquant de ramener l'enfant à un système d'investissement récemment et difficilement abandonné. La psychothérapie de groupe semble être alors une meilleure indication." (42 p.520.)

La complexité du diagnostic, et dans certains cas l'approche thérapeutique, demandent souvent de recourir à une équipe pluridisciplinaire composée d'éducateurs, de pédagogues et de psychanalystes, éventuellement dans le cadre d'une institution psycho-éducative." (7) (19) (24 p.474.) (52)

W. BETTSCHART constate que "dans le cas d'une inhibition intellectuelle, deux formes de traitement surtout ont fait leur preuve: d'une part l'approche par le psychodrame analytique, d'autre part la prise en charge de la famille. (6 p.3344.)

Les auteurs soulignent en effet que le rôle des parents est très important, que l'approche thérapeutique passe souvent par le "faire avec", en particulier faire avec eux, dont la présence actuelle et active rend aléatoire tout traitement et dont on considère de plus en plus que non seulement leur prise en charge est indispensable mais qu'in finé la partie sera gagnée ou perdue sur leur terrain. (11) (47 p.483.)

Une grande partie de l'article de W. BETTSCHART est consacré à exposer un exemple de prise en charge d'un adolescent et de ses parents (6 p.3344-3346.)

C'est J.L. MORENO, psychiatre à Vienne, qui a eu l'idée du psychodrame. Le psychodrame analytique est, quant à lui, une création essentiellement française.

Voici tout d'abord en résumé comment J.L. MORENO (45) conçoit le psychodrame:

Dans un psychodrame, le sujet dramatise ses conflits, ce qui lui procure une détente affective et lui permet d'acquérir sur lui-même, c'est à dire sur ses relations interpersonnelles, des intuitions vécues et par conséquent vivaces. Pour cela le sujet joue le plus spontanément possible des scènes qui appartiennent en général à la vie réelle, ou y ont appartenu, ou pourraient y appartenir: il les joue de préférence avec les partenaires de sa vie réelle, à défaut avec les substituts auxiliaires. Il apprend ainsi à percevoir correctement la relation des rôles qui le relie à ses partenaires dans une même situation conflictuelle, et à inventer les rôles nouveaux aptes à résoudre cette situation.

Il n'y a pas de réalité du sujet hors des rôles qu'il assume, alors que l'acteur possède une vie privée distincte des personnages qu'il incarne⁴. (3 pp.37-46.,97-141.)

Voici maintenant les principes du psychodrame analytique selon D. ANZIEU:

Créer une situation qui permette au patient d'être; dans cette situation, lui proposer de vivre des expériences qui l'amènent à éprouver (des sensations-affects-fantasmes, des identifications-projections, des désirs articulés à des mécanismes de défense); enclencher en lui un travail psychique de symbolisation afin de connaître le sens et la portée de ce qu'il éprouve.

Etre, éprouver, connaître sont selon M. MASUD et R. KHAN (45) (68) s'inspirant de D. WINNICOTT les trois niveaux sur lesquels opère le travail du psychanalyste dans la cure classique individuelle. Ces trois mêmes niveaux valent pour le psychodrame, mais le cadre et la situation sont différents, le travail psychique qui s'ensuit chez le psychodramatisant et le travail psychanalytique qu'opèrent les psychodramatistes en reçoivent des caractères particuliers ainsi que certaines limites.

- Dans la cure psychanalytique individuelle, les résistances du patient sont respectées et font l'objet d'une perlaboration souvent longue.

- Dans le psychodrame, la résistance est bousculée par les interventions des psychodramatistes.

- Dans la cure individuelle, la névrose de transfert s'installe et son analyse entraîne des remaniements économiques et topiques dans l'appareil psychique du patient.

- Dans le psychodrame, les effets de transfert sont utilisés, rarement la névrose de transfert, et les changements psychiques chez le psychodramatisant sont surtout d'ordre dynamique.

4 On se prend souvent pour quelqu'un, alors qu'au fond on est plusieurs.

La conception du psychodrame de Gennie et Paul LEMOINE (1972) qui s'appuie sur la théorie psychanalytique de J. LACAN (1966) est celle d'un psychodrame individuel en groupe (et non pas de groupe) car ils ne prennent pas en considération les phénomènes de groupe, chaque séance étant centrée sur un psychodramatisant qui apporte son problème personnel et qui en joue un ou plusieurs aspects avec ceux des autres membres du groupe ou du couple de psychodramatistes choisis comme personnages auxiliaires. Le psychodrame est alors réduit à n'être plus qu'une psychothérapie de groupe. (3 p.15.,154.)

Cette technique qui exploite préférentiellement les souvenirs et les rêves, incite chaque enfant à se faire lui-même metteur en scène, et à choisir ses partenaires et à leur préciser leur rôle.

C'est la méthode utilisée et décrite par C. MILLE, M. BECK, C. CASSAGNE et J.L. PEDINIELLI qui soulignent que cette technique de psychodrame ne convient pas à tous les enfants car d'une part elle est inutilisable avec de jeunes enfants, et que d'autre part si elle paraît fructueuse en période prépubertaire, elle ne l'est plus quand le jeu est constamment entravé par une dispersion de l'attention particulièrement tenace et répondant à des nécessités défensives très profondes. (42)

Ils nous relatent l'expérience d'un groupe de psychodrame, réunissant 5 enfants et deux thérapeutes, et confrontés justement à l'exacerbation des troubles de l'attention d'un des enfants. (42 pp.519-520.)

Parmi les autres orientations thérapeutiques, la relaxation (en groupe principalement) trouve de très bonnes indications dans de nombreux cas d'inhibition intellectuelle en Afrique.

C'est la conclusion de l'article très documenté de J.P. LEHMANN concernant les inhibitions intellectuelles, nommées brain-fag syndrome par les auteurs anglophones, et particulièrement nombreuses en pathologie scolaire africaine. Elles sont accompagnées d'un cortège très riche de symptômes et de plaintes somatiques. (38)

"Le langage du corps a, en effet, une importance primordiale en clinique africaine." - précise J.P. LEHMANN. Citant N. Le GUERINEL: "L'aspect corporel de la relaxation nous a paru dans la majorité des cas très bien accepté en milieu africain. Le patient a le sentiment que l'on aborde le problème au niveau où il vit actuellement, ce qui n'est pas le cas en psychothérapie verbale".

Il poursuit: " Tant pour des raisons économiques, que pour des raisons théoriques nous en sommes arrivés rapidement à pratiquer la relaxation de groupe (quatre à huit participants et un thérapeute). L'aspect qui nous semble le plus important est celui de la verbalisation dans le groupe. Après que chacun ait traduit son vécu corporel dans la relaxation, la possibilité est donnée d'aborder n'importe quel sujet pendant le reste de la séance." (38 pp.44.,64-65.)

Nous venons de donner un aperçu des différentes thérapies décrites dans les documents que nous avons eu à disposition.

Mais ce qui fait l'unanimité des auteurs est qu'il vaut mieux prévenir que guérir.

Ils soulignent tous, comme nous l'avons déjà montré, le rôle important des parents et des éducateurs dans le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent.

Rôle de la mère tout d'abord, ou de celle qui peut être amenée à la remplacer, particulièrement dans le tout début de la vie de l'enfant, mais aussi du père et de l'entourage; rôle important des enseignants, ou plus généralement des éducateurs:

Il faudra à tous les plus grandes réserves d'amour pour venir à bout des difficultés rencontrées pour jouer ce rôle de façon heureuse, pour favoriser le bon développement de l'enfant en détectant ses aptitudes et ses dons, et ainsi permettre à son intelligence de trouver son plein emploi, d'aller à son rythme, à son gré et de prendre son envol. (52) (65)

2.6 Conclusion

Le nombre des publications ayant trait à l'inhibition intellectuelle nous semble relativement restreint pour un sujet de cette importance.

Commencées il y a un siècle environ, les recherches et études n'ont pas évolué très rapidement comme le font remarquer certains auteurs.

En 1930, Melitta SCHMIDEBERG observait déjà que: "l'inhibition intellectuelle est sans doute le symptôme que l'on rencontre le plus couramment, sous les formes les plus diverses et à des degrés très variables, presque chez tous les enfants." Ce peut être, entre autres, disait-elle, le fait d'enfants qui donnent l'impression d'être stupides, dont il s'avère qu'ils étaient simplement inhibés et qui, guéris, se montrent d'une intelligence normale, et même, parfois, au dessus de la moyenne.

Elle concluait: "Se pose alors le problème d'ordre social de la quantité de forces vives et de précieux dons qui sont ainsi soustraits à la société par le fait des inhibitions intellectuelles".(59 p.185)

Quarante deux ans plus tard Danielle FLAGEY après des investigations approfondies constatait que: "La littérature psychanalytique explicitement consacrée au problème de l'inhibition intellectuelle n'est pas très abondante" et que "méditer sur l'inhibition intellectuelle, pour un psychanalyste, surtout s'il s'occupe d'enfants, s'impose comme une nécessité permanente".(14 p.717-719)

En 1986 W. BETTSCHART estime encore que "l'inhibition intellectuelle mériterait des études plus systématiques et approfondies. Tout adolescent qui montre un désinvestissement scolaire et intellectuel devrait faire l'objet d'intérêt et d'attentions spéciales."(6 p.3346)

Actuellement les progrès accomplis dans la compréhension de l'inhibition intellectuelle permettent de répondre aux urgences signalées en 1990 par W. BETTSCHART: "le dépistage et le traitement des inhibitions intellectuelles revêtent un caractère d'urgence pour notre société, de plus en plus centrée sur la réussite scolaire et professionnelle."(7 p.135) Récemment encore A. Gauvry confirmait l'importance de l'enjeu concernant les "surdoués" et déplorait que nombre de ces enfants, en état d'inhibition intellectuelle majeure, et se présentant comme des pseudo-débiles névrotiques, ne seraient pas identifiés.(19 p.144)

La conclusion de Melitta SCHMIDEBERG, 60 ans après, reste toujours d'actualité.(59 p.185)

2.7 Glossaire

Affect: en psychologie générale, désigne un état affectif élémentaire. Terme surtout utilisé dans le langage psychanalytique. Il exprime ce que ressent l'individu au moment de la résolution d'une tension provoquée par des stimulations venant de l'extérieur ou de sa propre vie psychique.

Anticipation: mouvement de la pensée par lequel on se représente ce qui va arriver.

Attitude: (du latin *aptitudo* "aptitude"). réponse à la fois motrice, expressive et mentale à un stimulus extérieur.

Ça: (en allemand ,es, traduit autrefois par "soi" et souvent aussi par le *id* latin): ce terme fut utilisé d'abord par G. GRODDECK puis repris par S. FREUD qui en fit la base de sa deuxième théorie de l'appareil psychique. Il désigne l'une des trois instances (ou système de motivations), du schéma de la personnalité décrit par cet auteur. Le mot *Ça* traduit ce qu'il y a de plus primitif dans l'homme, l'ensemble inorganisé des pulsions primaires inconscientes, ce qui est instinctif, héréditaire, inné, mais aussi ce qui est acquis et refoulé. Cette énergie incontrôlée, parce qu'elle échappe à la conscience, obéit au *principe du plaisir*.

Cognitif: qualifie les mécanismes qui permettent l'acquisition des connaissances. L'efficacité des facultés cognitives peut-être mesurée par les test de connaissance.

Cognition: faculté d'acquérir des informations, des connaissances. La cognition concerne aussi bien la perception que le langage, la pensée, le raisonnement.

Complexe d'Oedipe: cette notion est le point central de la théorie psychanalytique. Il consiste dans l'union, chez le jeune enfant, de désirs sexuels pour le parent de sexe opposé et d'une relation ambivalente complexe - haine, jalousie, mais aussi amour et admiration - pour le parent de même sexe.

D.C.P.: Dysharmonie Cognitive Pathologique.

Désinvestissement: terme utilisé en psychanalyse pour désigner le retrait de la charge affective, négative ou positive, attachée à un individu ou à un objet, qui ne sont ainsi plus "investis", c'est à dire sur lesquels l'intérêt n'est plus fixé.

Dysgénèse: (du grec *dus*, "difficulté" et *genesis*, "naissance", "devenir", "production")

Génèse: opération intellectuelle sensible par laquelle s'organise une perception, se développe une pensée dans la conscience où s'élabore tout autre phénomène psychique.

Dyssynchronie: terme implanté au contexte des surdoués par J.C. TERRASSIER, et traduisant le fait que la précocité intellectuelle du sujet ne se retrouve pas dans les autres domaines, psychomoteurs, affectifs, émotionnels (tout cela du domaine de la dyssynchronie interne), et sociaux (dyssynchronie sociale). S'instaure alors un décalage entre ces différentes composantes de la personnalité, les unes pouvant être négligées au profit d'autres, occasionnant de sérieux troubles (parfois à caractère névrotique).

Syndrome de dyssynchronie: J.C. TERRASSIER a nommé ainsi cet ensemble de manifestations, sinon de symptômes, aussi bien interne que sociaux.

Éléments pulsionnels: Pulsionnel(profil). (*En:* drive profil).

Représentation graphique des choix affectifs effectués dans le test de SZONDI, caractérisant les tendances pulsionnelles d'un sujet.

L'interprétation qui se fait sur la base de la théorie de la personnalité et de la conception psychopathologique de L. SZONDI fournit, avec l'aide de données statistiques variées, des points de repère diagnostiques..

Eros: (en psychanalyse) pulsion de vie, libido, etc.

Libido: selon S. FREUD, "manifestation dynamique dans la vie psychique de la pulsion sexuelle". C'est une énergie qui peut se manifester sous toutes les formes, s'investir (sublimation), se transformer, se déplacer (symptômes).

Moi: ce terme a des acceptions différentes pour les psychiatres et les psychanalystes. Pour S. FREUD le Moi est l'instance moyenne entre le Ça et le Surmoi.

C'est une partie du Ça qui s'est différenciée au contact de la réalité. Devenue différent des pulsions initiales et autonome par rapport à elles, il peut leur imposer son contrôle, de la même façon qu'une personne peut conserver une certaine autonomie par rapport à son milieu et le contrôler.

Il est chargé:

- de la prise en considération de la réalité (partie consciente du psychisme fonctionnant selon le mode du principe de réalité)
- de la lutte contre l'angoisse liée aux conflits (opérations psychiques inconscientes appelées mécanisme de défense contre l'angoisse).

Narcissisme: pour S. FREUD c'est une modification de l'investissement de la libido. Chez l'enfant, il existe un narcissisme primaire: avant de choisir l'autre comme objet d'amour, l'enfant commence par s'aimer lui-même, ce qui coïncide avec une première unification du Moi. Chez l'adulte, le narcissisme est une régression; il y a réinvestissement total de la libido sur le Moi.

Névrose: ensemble de troubles d'origine psychologique qui trouveraient leur source dans des conflits infantiles ou actuels mal résolus et qui se traduisent par des symptômes plus ou moins invalidants. Cet état pathologique ne compromet qu'exceptionnellement le contact avec la réalité, le névrosé gardant toute sa lucidité. De nos jours sont considérées comme névroses l'hystérie, l'angoisse et l'hypocondrie, la phobie et l'obsession, la psychasthénie.

Nosographie: (du grec *nosos*, maladie): système de classification des maladies sur des critères descriptifs, étiologiques, pathogéniques.

Perlaboration: (autrefois traduit par "élaboration"): terme utilisé en psychanalyse pour désigner le travail psychique qui s'effectue chez l'analysé au cours de la cure pour "digérer" l'interprétation d'une résistance. Il ne suffit pas en effet que le sujet soit conscient d'un phénomène pour qu'il parvienne à surmonter les processus inconscients qui continuent à oeuvrer.

Processus primaire, Processus secondaire:

(*En.*: primary process, secondary process)

Selon S. FREUD, les deux modèles de fonctionnement de l'appareil psychique.

Le processus primaire caractérise le système inconscient. Le processus secondaire caractérise le système préconscient-conscient.

Psychopathologie: branche de la psychologie médicale consacrée à l'étude du fonctionnement anormal de l'esprit humain.

Pulsions scotophiliques: tendances dynamiques inconscientes de la personnalité, s'accompagnant d'un plaisir à observer les ébats sexuels.

Rationalisation: consiste à faire appel à la raison pour résoudre des problèmes d'ordre pratique.

La notion de rationalisation a été introduite en psychanalyse, en 1908, par E. JONES; Elle rend compte de la tendance qu'a tout homme à fournir une justification consciente, pseudo-logique, à des conduites, à des idées, à des sentiments dont il ignore les véritables raisons.

Refoulement: terme créé par S. FREUD et "pierre angulaire" de la psychanalyse, car il rend compte non seulement de phénomènes normaux tels que le rêve, mais du mécanisme des névroses.

le refoulement est le prototype des opérations défensives. Il est l'oeuvre du Moi obéissant aux exigences du Surmoi et barrière contre les pulsions du Ça. Il a pour résultat que certaines idées ou certains désirs en liaison avec les pulsions sont repoussées ou maintenus dans l'inconscient. Ce contenu refoulé, dont le sujet n'est plus conscient, ne peut se manifester que par le symptôme ou dans le rêve ou dans l'acte manqué.

R.O.R.: Retard d'Organisation du Raisonnement.

Sublimation: en langage psychanalytique, désexualisation de la libido: processus par lequel la pulsion sexuelle change de but et met son énergie au service d'une activité valorisée par la société comme la création artistique ou la recherche scientifique.

Surmoi: c'est l'instance interdictrice interne inconsciente. Elle a pour fonction de mettre l'individu en accord avec son entourage. Le Surmoi exerce une fonction d'autorité et de censure morale, obligeant l'individu à renoncer à certaines satisfactions instinctuelles sous peine de perdre l'amour et l'approbation de l'entourage.

Thymie, sphère thymique: notion qui englobe l'ensemble des réactions affectives de l'individu. Terme qui désigne les affects constituant la personnalité de base et qui se modifie en fonction des différents sentiments éprouvés, des expériences vécues.

Transfert: phénomène capital de la cure psychanalytique. Il s'agit des relations affectives qui s'établissent entre le patient et le médecin et qui généralement répète une situation vécue. Le transfert est une forme de résistance mais signale l'approche du conflit névrotique. Il est le "plus puissant des instruments thérapeutiques" à condition d'être "dompté". Dans certains cas, la névrose qui a été la raison de la cure se transforme en névrose de transfert, sorte de maladie artificielle qui pourra conduire plus facilement le médecin à la découverte de la névrose infantile initiale.

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

1. 32^{ème} Congrès des psychanalystes de Langues Romanes. Bruxelles, 20-22 mai 1972. Groupes de travail: sur l'inhibition intellectuelle chez les enfants, sur l'alcoolisme et inhibition intellectuelle. In: *Revue Française de Psychanalyse*. 1972, vol. 36, no. 5-6 [Compte-rendu]. pp. 710-1121.
2. ANDREUSSI, P., BOCCI, L., CORREALE, M. et al. *L'Inhibition intellectuelle précoce* : Riflessioni sulla base di una ricerca teorico-clinica. In: *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. 1988, vol. 55, no 1, pp. 83-96.
3. ANZIEU, Didier. *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : P. U. F., 1979. p. 22. ISBN 2 13 035990 6
Bibliogr. pp. 245-249
4. BALOTTIN, U., CASTELLANI, G. Disturbi dell'apprendimento in età evolutiva : Considerazioni su alcuni casi clinici studiati con approccio neuropsichiatrico In: *Minerva Psichiatrica e psicologica*. Oct-Dec 1990, vol. 31, no. 4, pp. 191-197.
5. BASOWITZ, H., PERSUY, H., KORCHIN, S.E., GRINKER, R. *Anxiety and stress*. New York : Mc Graw Hill, 1955.
6. BETTSCHART, W. L'inhibition intellectuelle de l'adolescence. In: *Médecine et hygiène*. 1986, vol. 44, no. 1680, pp. 3342-3346.
7. BETTSCHART, W. L'inhibition intellectuelle et l'échec scolaire chez l'enfant et l'adolescent. In: *Annales de psychiatrie*. 1990, vol. 5, no. 2, pp. 135-140.
- 7a BION, W. *Une théorie de la pensée*. Paris : RFP, 1966.
8. BOLLEA, G. and MAYER, R. Psychopathology of suicide in the formative years. In: *Acta Paedopsychiatrica*. 1968, vol. 35, no. 11-12, pp. 336-344.
9. BOUCHARD, F. Inhibition intellectuelle et phobies : Etude structurale et clinique des formes de passage de l'une à l'autre. In : *Revue Française de psychanalyse*. no 5-6, 1972. p. 976.

- 9a BRAZELTON, T. B. Le bébé, partenaire dans l'interaction. In: *La dynamique du nourrisson*. Paris : ESF, 1982. pp.11-27.
10. DANON-BOILEAU, H., LAB, P. L'inhibition intellectuelle. In: *La Psychiatrie de l'enfant*. Vol 5, 1, 1962. pp. 43-174.
11. DIATKINE, G. Chasseurs de fantômes: inhibition intellectuelle, problèmes d'équipe et secret de famille. Centre Psychothérapique "Le Coteau", Vitry-sur-Seine, France. In: *Psychiatrie de l'Enfant*. 1984, Vol. 27, no. 1, pp. 223-248.
12. DIATKINE, G. Deuil et inhibition intellectuelle chez le jeune enfant. In: *Bulletin de Psychologie*. Mar.-Jun. 1985, Vol. 38, no. 8-11, pp. 491-494.
13. *Dictionnaire encyclopédique de psychologie* sous la direction de Norbert SILLAMY.. Tom. 1-2. Paris. 1980, Bordas.
Tom. 1: A-K 656 p.
Tom. 2: L-Z.657-1287 p.
14. FLAGEY, D. Points de vue psychanalytiques sur l'inhibition intellectuelle. 32 ème Congrès des psychanalystes de Langues Romanes. [Compte-rendu] [1972-1973] In: *Revue Française de Psychanalyse*. 5-6, 1972. pp. 717-799.
15. FORRAI, T. *Iskolai teljesítmény és szorongás. [L'angoisse et le rendement scolaire]*. Budapest : Akadémiai Kiadó, 1968. 247 p.
16. FREUD, A. *Le Moi et les mécanismes de défense*. 3e édition. Paris: PUF, 1964. 163p. -(Bibliothèque de psychanalyse et de psychologie clinique)
17. FREUD, A: *Le normal et le pathologique chez l'enfant, estimations du développement..* Paris : Gallimard, 1968. VIII-215P. 18 F. -(Connaissance de l'inconscient. 6.)
18. FREUD, S. *Inhibition, Symptôme, Angoisse*. 2e édition revue. Paris : PUF, 1968. 104 p. -(Bibliothèque de psychanalyse)
19. GAUVRIT, A. L'inhibition intellectuelle chez l'enfant précoce: se défendre ou s'interdire? Congrès international d'Eurotalent, (Barcelone ESP), 29-08-1989. In: *L'Information Psychiatrique*. 1991, vol. 67, no. 2, pp.143-150.

20. GAUVRIT, A. *Etude de 145 enfants "surdoués" admis en internat psycho-pédagogique pour difficultés scolaires et ou troubles de la personnalité.* Thèse de Doctorat en Médecine (n° 334), Bordeaux II, 1984.
Résumé In: *L'Information Psychiatrique*, vol 62, no 5, 1986. pp. 611-630.
21. GIBEAULT, A. Etienne or one of today's adolescents: On adolescence and moral masochism. In: *International Review of Psycho-Analysis*. 1988, Vol. 15, no. 2, pp. 195-206.
22. GIBELLO, B. Les contenants de pensée et leur psychopathologie. In: *Annales de psychiatrie*. 1990, vol. 5, no. 2, pp. 149-153.
23. GIBELLO, B. *L'enfant à l'intelligence troublée : nouvelles perspectives cliniques et thérapeutiques en psychopathologie cognitive.* Paris : Le Centurion, 1984. XX-226 p. -(Collection Paidos) ISBN 2-227-00505-X
24. GIBELLO, B. Troubles de l'intelligence. In: *Bulletin de psychologie*. Tome 38, no. 370, pp. 469-477.
25. GODFRIND VAN THIEL, J. A propos d'un cas d'inhibition intellectuelle chez l'enfant. In: *Revue Française de Psychanalyse*. 5-6, 1972. pp. 849-867.
26. GRANDIN, D. *L'inhibition intellectuelle chez l'enfant en période de latence.* Pierre et Marie Curie (Paris VI). Degré: Thèse doct. med. 1977, 90 p.
27. GRICE, G.R. Discrimination Reaction Time as a Function of Anxiety and Intelligence. In: *Abnormal Social Psychological*. 50. 1955. pp. 71-74.
28. GUARENDI, R. Parents, n'essayez pas d'être parfaits... : ... vos enfants ne s'en porteront que mieux! In: *Reader's Digest Sélection*, no 457 Septembre. 1992. pp.73-75.
29. GUETTA, M. *L' inhibition intellectuelle chez les adolescents* : Doctorat de 3ème cycle sous la direction d' ANZIEU Didier. Paris, 1978.
30. GUIDETTI, V., MAZZEI G., and OTTAVIANO, S., et al. *The utilization of the Rorschach test in a case-controlled study.* Cephalalgia. Jun 1986, vol. 6, no. 2, pp. 87-93.

31. GUILLEMINOT, D., CROMBEZ, Y. *L'Enfant inhibé*. Paris : PUF, 1989. 129 p. -(Psychiatrie ouverte, série Nodules) ISBN 2-13-042542-9
32. JONES, A. E. *The concept of a normal mind*. 1931.
33. JONES, A. E. *Hamlet et Oedipe*. Paris, Gallimard, 1967.
34. KLEIN, M. *La psychanalyse des enfants*. 2e édition révue. Paris : PUF, 1969. 11-319 p. (Bibliothèque de psychanalyse)
35. LAMPL-de GROOT, J. *Souffrance et jouissance : le sexuel féminin*. Paris : Aubier Montaigne, 1983. 155 p -(La Psychanalyse prise au mot) ISBN 2-7007-0323-5.
36. LAMPL-de GROOT, J. *The Development of the mind : psychanalytic papers on clinical and theoretical problems*. London : Hogarth Press, 1966. X-391 p. -(International psycho-analytical library. 70.)
37. LE GUERINEL, N. Cultural influences on bodily image in the African environment. In: *Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale*. 1972 Sum Vol. 14(2) pp. 183-191.
38. LEHMANN, J. P. Le vécu corporel et ses interprétations en pathologie africaine : A propos des inhibitions intellectuelles en milieu scolaire. In: *Revue de Médecine Psychosomatique Psychologie Med. Spring*. 1972, vol. 14, no. 1, pp. 43-67.
39. LEVI, G., D'ANDREA, A., FABRIZZI, A. Inibizione intellet-
tiva: note su un farmaco psicotropo. In: *Neuropsychiatria infantile*. 1982, no. 252, pp. 561-566.
40. LO BIANCO, D., TABANELLI, L., PIAZZA, M. et al. L'inibizione intellettiva precoce : una proposta di intervento psichiatrico orientato psicodinamicamente. In. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. 1986, vol. 53, no. 2, pp. 153-163.
41. MASUD, M., KHAN, R. Les vicissitudes de l'être, du connaître et de l'éprouver. In: *Bulletin de l'association psychanalytique de France*. Avril 1969. no. 5 pp. 132-144. [Réed. In *Le Soi caché*. Paris : Gallimard, 1976.]

42. MILLE, C., BECK, M., CASSAGNE, C. et al. Réflexions sur le défaut d'attention chez des enfants en période de latence participant à un groupe de psychodrame. 7th Days of L'Information Psychiatrique (1986, Paris, France). In: *L'Information Psychiatrique*. Apr. 1987, Vol. 63, no.4, pp. 517-523.
43. MILLE, C., DELAHOUSSE, J., PEDINIELLI, J.L. Place de l'inhibition intellectuelle en psychiatrie de l'enfant. : Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Le Mans, juin 1986. [Référence du congrès. In: *Psychiatrie de l'enfant*. no. 3, 1986 pp. [255-259]]
44. MILLER, A. La mère des premières années de la vie comme médium de la société. In: MILLER, A. *Le drame de l'enfant doué : A la recherche du vrai Soi*. Paris : Presses Universitaires de France, 1983. pp. 115-119.
45. MORENO, J.L. *Psychothérapie de groupe et psychodrame* : introduction théorique et clinique à la socianalyse. Paris : PUF, 1965. XII-471 p. -(Bibliothèque de psychiatrie)
46. MOUREN-SIMEONI, M. C., BOUVARD, M. Aspects cliniques et développementaux de la dépression chez l'enfant. New York Congress: About depression (1988, New York, New York). In: *Confrontations Psychiatriques*. 1989. Spec Issue, p. 132-161.
47. MOURY, R. Un enfant inhibé : Un père à penser. In. *Bulletin de Psychologie*. Mar.-Jun. 1985, Vol. 38, no. 8-11, pp. 479-484.
48. NEYRAUT M. A propos de l'inhibition intellectuelle. In. *Revue Française de Psychanalyse*. Jul-Aug 1968, vol. 32, no. 4, pp. 761-786.
49. PIAGET, J. *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. 3e édition. Neuchatel, Paris : Delachaux, Niestlé, [sans date]. 370 p. -(Actualités pédagogique et psychologiques)
50. PIAGET, J. *Sagesse et illusion de la philosophie*. Paris : PUF, 1965. 288 p. -(A la pensée)
51. Point de vue sur l'inhibition intellectuelle : Groupe de travail sur l'inhibition intellectuelle chez les enfants. Rapporteur: J. COSNIER. In. *Revue Française de Psychanalyse*. 5-6. 1972 pp. 844-847.

52. PRAT, G. Vingt ans de psychopathologie de l'enfant doué et surdoué en internat psychothérapeutique. In: *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1979, vol. 27, (10-11), pp. 467-474.
53. PRAT, G. In: *Autrement: Intelligence intelligences...* 1984., février, no. 57, pp. 92-95.
54. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* / Philippe MAZET et al. Paris : Maloine.
- 1: *Introduction, le développement psychologique, l'examen, les symptômes ...*, 1979. 273P. ISBN 2-224-00566-0
- 2: *Troubles de la personnalité, troubles psychosomatiques et troubles psychiques liés à une atteinte somatique, troubles liés à l'âge, la thérapie, problèmes généraux et administratifs...*, 1978. 313 p. ISBN 2-224-00467-2
55. *Quipos.* Journal de Mensa France. no 114. Printemps. 1992. 40 p.
56. ROSE CLANCE, P. *Le complexe d'imposture : ou comment surmonter la peur qui mine votre réussite.* Paris : Flammarion, 1985. 224 p. ISBN 2-08-064877-2
Bibliogr. pp. 217-222.
57. SANNER, M. *Obstacles épistémologiques et inhibitions intellectuelles dans le développement de l'enfant de 5 ans à 8 ans : Thèse de 3ème cycle sous la direction de WITTWER Jacques.* Bordeaux, 1975.
58. SARASON, S.B., MANGLER, G. et CHAIGHILL, P.G. : The effect of differential Instructions on Anxiety and learning. In: *Abnormal Social Psychological.* vol. 47, 1952, pp. 561-565.
59. SCHMIDEBERG, M. Inhibition intellectuelle et agressivité. In: *Etudes Psychothérapeutiques.* Oct. 1986, Vol. 17, no. 3, pp. 185-192.
60. SOLDERA, G. *Trattamento psicoterapico coterapico di imagerie mentale di un preadolescente presentante inibizione intellettuale e tratti fobici, derivanti da una struttura depressiva soggiacente.* In: *Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale delle alienazioni mentale.* 31 Oct 1970, vol. 94, no. 5, p. 1328-1331. et 1987, Vol 63, no. 4.

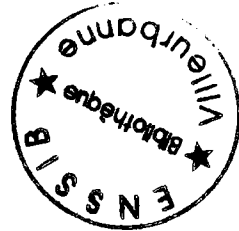
61. TERRASSIER, J. C. *Les enfants surdoués ou la Précocité embarrassante*. Paris : Edition ESF, 1989. 106 p. ISBN 2-7101-0323-3
Bibliogr. pp. 101-106.
62. TOROK, M.: *Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis*. In: *Revue Française de Psychanalyse*, 1975, vol. 18, pp. 261-312.
- 62a *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. / S. LEOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE et al. Paris : PUF, 1985. 3 Vol. XVIII-680. p., XIV-841. p., XIV-620 p. ISBN 2-13-037807-2
63. TREMBLAIS-DUPRE, T. *L'Adolescent face à la pensée*. Centre Etienne Marcel, Paris, France. In: *Bulletin de Psychologie*. Mar.-Jun. 1985, Vol. 38, no. 8-11, pp. 485-489.
64. *Univers de la psychologie : Vocabulaire de psychologie : Index général*. Sous la direction de Y. PELICIER. Paris : Editions Lidis, 1977-1981. 140 p. ISBN 2-85032-082-X
65. VINCENT, M. *La timidité et l'inhibition intellectuelle*. In: *Réadaptation*. 1982, no. 286, pp. 24-26.
66. WINNICOTT, D. W. *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Paris : Gallimard, 1979. XLIV-411p. - (Collection Tel)
67. WINNICOTT, D. W. *L'enfant et sa famille : les premières relations*. Paris : Payot, 1989. 214 p. -(sciences de l'homme) ISBN 2-228-88119-8
68. WINNICOTT, D. W. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 1975. 218 p. -(Connaissance de l'inconscient)
Bibliogr. pp. 209-219.
69. WINNICOTT, D. W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1989. 464 p. -(Science de l'homme Payot) ISBN 2-228-88117-1
70. WINNICOTT, D. W. *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Paris : Payot, 1987. 259 p. -(Science de l'homme) ISBN 2-228-88121-X

Ci-après nous donnons la bibliographie des livres dont nous avons extrait les illustrations de notre note de synthèse:

DEVOS, R. *Matière à rire : L'intégrale*. St-Amand-Montrond : Olivier Orban, 1991. 542 p.

FAIZANT, J. *Les vieilles dames et les loisirs*. Paris : Denoel, 1983. 143 p. ISBN 2-207-21792-2

SEMPE, GOSCINNY. *Les récrés du petit Nicolas*. Paris : Denoel, 1982. 137 p. ISBN 2-07-033047-8





9590117