

La conscience de soi

Jennifer Fleming PhD
Senior Research Fellow in Occupational Therapy
The University of Queensland and
Princess Alexandra Hospital
Brisbane, Australia

Introduction

La conscience de soi, également désignée comme la « connaissance intuitive », est un terme employé dans le contexte de la réadaptation pour décrire la reconnaissance par le patient de ses propres forces et de ses propres limites, en particulier la capacité de comprendre la nature de son incapacité et d'en apprécier les répercussions. La conscience de soi est un processus cognitif nécessitant l'intégration de l'information issue à la fois de la réalité extérieure et de son expérience personnelle. Cet aspect se reflète dans la définition de la conscience de soi comme étant « la capacité de percevoir le soi de manière relativement objective tout en maintenant un côté subjectif » (Prigatano et Schacter 1991, p.13). En conséquence, la conscience de soi comporte une interaction entre la pensée et les émotions. C'est cet aspect subjectif ou affectif qui distingue la conscience de soi de la connaissance de soi. En plus de l'évaluation de l'état courant d'une personne (et de sa différence par rapport à l'état pré-morbide), la conscience de soi comporte la capacité d'une personne de déterminer son état futur, ou de se fixer des objectifs réalistes pour l'avenir.

On désigne également la conscience de soi sous le nom de « métacognition », qui se rapporte à la capacité de la personne d'être consciente de ses propres facultés cognitives ou « savoir que l'on sait ». Les facultés métacognitives comprennent la capacité de s'auto-observer et de se corriger soi-même et figurent parmi les fonctions cognitives supérieures. La conscience de soi est toutefois une notion très vaste, étant donné qu'elle n'est pas seulement liée aux fonctions cognitives, mais aux fonctions physiques, sociales et communicatives.

L'atteinte de la conscience de soi s'observe communément chez des patients ayant un dommage cérébral et est répandue surtout chez les patients présentant un dommage au lobe frontal accompagné de troubles des fonctions exécutives. On croit que le cortex préfrontal, particulièrement vulnérable aux traumatismes craniocérébraux, joue un rôle fondamental dans les fonctions métacognitives, quoique des études d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle semblent montrer que certaines aires non frontales ont également un rôle métacognitif à jouer. Les patients ne présentant aucun signe apparent de lésions focales du lobe frontal peuvent être atteints d'un trouble de la conscience de soi en raison de la rupture de faisceaux de substance blanche comme on peut l'observer dans les cas d'atteintes cérébrales diffuses. Un trouble de la conscience de soi peut s'avérer un problème grave qui empêche la personne de participer à un programme de réadaptation pour son traumatisme craniocérébral. Un patient qui présente de bas niveaux de conscience de soi est susceptible de ne pas se montrer motivé ou coopératif en thérapie. Il se fixera des objectifs irréalistes, fera preuve d'un mauvais jugement, ne comprendra pas la nécessité de recourir à des stratégies de compensation et encore moins le besoin de les appliquer dans la vie de

tous les jours. La réadaptation peut donc s'avérer un exercice empreint de frustrations, tant pour le patient que pour l'équipe de réadaptation. Les individus présentant des niveaux élevés de conscience de soi sont plus susceptibles de participer de façon plus active à leur programme de réadaptation, de vivre des relations thérapeutiques plus solides et d'obtenir de meilleurs résultats de réadaptation en matière d'intégration communautaire.

Bien que la conscience de soi soit généralement perçue comme un signe favorable d'engagement dans la réadaptation, on a également associé les améliorations de la conscience de soi avec le développement d'une détresse affective, comme une dépression ou de l'anxiété. Pour de nombreux individus, la conscience de soi se développe au fil du temps à la suite d'une blessure ou de l'apparition d'un trouble et ceux-ci en viennent à mieux comprendre l'impact de leur blessure lorsqu'ils essaient de reprendre leurs activités significatives. Par ailleurs, cette prise de conscience peut entraîner des sentiments de désespoir et d'impuissance chez les patients au fur et à mesure que deviennent apparentes la dure réalité et la nature persistante de leurs incapacités. En conséquence, il est important de surveiller continuellement le niveau de conscience de soi et de dispenser des services de soutien affectif au cours de la réintégration dans la collectivité afin veiller à ce que les patients reçoivent de l'aide pour résoudre leurs problèmes et pour employer des stratégies de compensation au fur et à mesure que leur conscience d'eux-mêmes se développe.

Les troubles de la conscience de soi

De nombreux termes sont employés pour décrire les troubles de la conscience de soi, dont l'absence d'intuition, l'inconscience, la négation, la négligence, l'anosognosie, l'anosodiaphorie, l'indifférence ou l'insouciance. Babinski a défini le terme *anosognosie* en 1914 pour désigner « l'absence de conscience ou la méconnaissance d'un déficit ou d'une maladie secondaire à la lésion cérébrale qui ne peut s'expliquer par un déficit sensoriel ou moteur ». On utilise aujourd'hui le terme « anosognosie » dans un sens plus spécifique désignant la méconnaissance de l'hémiplégie ou de l'hémi-anopsie. La *négligence* (ou inattention) est un trouble plus léger de la conscience corporelle observé chez les patients hémiplégiques. Dans le cas de ce trouble, les stimuli présentés du côté négligé sont neutralisés si la présentation survient simultanément du côté non atteint. On associe les troubles de la conscience focale, tels que l'anosognosie et la négligence, à un dommage au lobe pariétal droit et on les classe comme étant des troubles du schéma corporel.

Une atteinte de la conscience de soi secondaire à une atteinte frontale ou corticale diffuse comporte un trouble plus généralisé de la conscience en raison de dommages aux mécanismes cérébraux la régulant. On peut résumer la conscience de soi en une gamme de domaines fonctionnels. Cependant, la conscience de soi dans certains domaines, en particulier dans le domaine des incapacités physiques, est souvent réalisée plus facilement que la conscience de ses propres compétences sociales et affectives. La déclaration de déficits mnésiques en l'absence d'autres commentaires au sujet des changements cognitifs et de la personnalité est également chose commune. En comparant la fonction courante et la fonction prémorbide, il semble qu'un trouble dans les fonctions exécutives (le patient ne réussit pas à contrôler et à évaluer la qualité de son comportement) et des atteintes à la pensée abstraite et à l'intégration d'information contribuent à l'atteinte de la conscience de soi.

La *négarion* des déficits est une autre expression communément employée pour décrire certains troubles de la conscience de soi. Le terme sous-entend la négation explicite d'une incapacité apparente et se rapporte souvent à l'utilisation motivée des mécanismes psychologiques de défense (le déni défensif) afin d'éviter la reconnaissance consciente d'une réalité troublante. Chez beaucoup de patients cérébrolésés, une inconscience de soi peut avoir des origines psychologiques (déni du handicap) et neurologiques (atteinte de la conscience de soi). On croit que les patients présentant une négation à tendance surtout psychologique ont des réactions plus rébarbatives et colériques, ou encore ils essaient de rationaliser leur comportement lorsqu'ils sont confrontés à leurs difficultés; alors que les patients présentant une négation à tendance surtout neurologique sont susceptibles de réagir de façon plus surprise ou perplexe lorsqu'ils doivent surmonter leurs difficultés pendant l'exécution d'une tâche (Prigatano & Klonoff, 1998).

L'*anosodiaphorie* est un terme employé pour désigner une absence de réponse affective ou une indifférence à l'égard d'un déficit neurologique chez le patient qui reconnaît normalement ce déficit.

La conscience intellectuelle et la conscience situationnelle (*On-Line Awareness*)

Les modèles théoriques de la conscience de soi mettent en lumière l'importante distinction entre deux types de conscience de soi, soit la conscience intellectuelle et la conscience situationnelle. La pyramide de la conscience de soi proposée par Crosson et ses collaborateurs (1989) est composée de trois niveaux hiérarchiques et interdépendants de conscience. Le premier, la conscience intellectuelle, figure à la base de la pyramide, formant ainsi une assise pour les deux niveaux supérieurs de conscience émergente et de conscience anticipatoire. La conscience intellectuelle se rapporte à la capacité cognitive d'un patient lui permettant de comprendre l'atteinte d'une fonction particulière par rapport à son niveau prémorbide et de reconnaître les répercussions possibles des déficits sur le rendement fonctionnel. La conscience émergente se rapporte à la capacité de reconnaître un problème lorsque l'on y est confronté dans le cadre d'une activité, alors que la conscience anticipatoire se rapporte à la capacité de prévoir qu'un problème particulier puisse survenir pendant l'exécution d'une tâche ou dans une situation donnée. Le terme « conscience situationnelle » est souvent utilisé pour désigner les concepts de conscience émergente et de conscience anticipatoire.

Toglia et Kirk (2000) ont proposé un modèle élargi qui illustre la relation dynamique plutôt qu'hierarchique entre les deux types de conscience de soi, et qui incorpore également d'autres aspects, comme les croyances, les exigences des tâches à accomplir et le contexte situationnel. Ce modèle reconnaît que les expériences situationnelles de performance de tâches peuvent fournir une rétroaction au patient lui permettant d'améliorer leur conscience intellectuelle, que les consciences émergentes et anticipatoires dépendent des tâches accomplies et du contexte situationnel. Au sein de cette interprétation plus complexe de la conscience de soi, l'un des principaux éléments est la distinction entre la conscience intellectuelle et la conscience situationnelle qui a d'importantes répercussions sur l'évaluation et le traitement des troubles de la conscience de soi.

La prise en charge d'une atteinte de la conscience de soi

La conscience de soi est un aspect important dont il faut tenir compte dans la réadaptation des traumatismes craniocérébraux en raison de ses répercussions sur la motivation, l'engagement et les résultats. Il existe plusieurs façons d'évaluer le niveau de conscience qu'un patient a de lui-même. On fait appel à la conscience intellectuelle ou à la connaissance de soi en demandant au patient de parler de la perception qu'il a de ses forces et de ses limites. Cette évaluation est effectuée au moyen de questionnaires d'auto-déclaration ou au cours d'un entretien clinique. Habituellement, les cotes que les patients indiquent dans le questionnaire ou les réponses obtenues au cours d'un entretien sont comparées à des sources d'information plus objectives concernant leurs compétences, comme le rapport d'un proche ou les résultats d'une évaluation clinique visant à déterminer le niveau de conscience de soi.

La conscience situationnelle comprend la capacité de détecter les erreurs pendant l'action et permet d'anticiper les problèmes potentiels et de mettre en œuvre des stratégies compensatoires visant à les surmonter. Elle est évaluée par des méthodes basées sur la performance. L'évaluation comprend l'observation de la performance du patient pendant l'exécution d'une tâche fonctionnelle pertinente et des questions qu'on lui pose sur son rendement en temps opportun. Par exemple, on peut demander au patient de prévoir ce que sera sa performance dans l'exécution d'une tâche avant qu'il ne commence, de sélectionner les stratégies compensatoires qui conviennent (conscience anticipatoire) ou encore d'identifier et de corriger ses erreurs pendant l'exécution de la tâche (conscience émergente).

L'évaluation de la conscience de soi nécessite également la prise en compte de la mesure dans laquelle le déni psychologique peut constituer un facteur contribuant à ce trouble et de tout facteur socioculturel ou environnemental qui peut avoir limité les possibilités de l'individu de faire l'expérience de ses incapacités dans leur totalité. Par exemple, dans un environnement de réadaptation soutenu et structuré, il est difficile pour un patient de comprendre les différents types de problèmes qu'il peut rencontrer quand viendra le moment d'essayer de vivre façon autonome dans la collectivité à nouveau et de reprendre ses autres activités, comme le travail. On peut avoir recours à la compréhension des fondements du trouble de la conscience de soi chez l'individu pour orienter les stratégies de réadaptation. Il est également pertinent de tenir compte de l'état émotionnel du patient et de surveiller ses réactions affectives aux interventions conçues dans le but d'améliorer sa conscience de lui-même.

On a décrit une gamme d'interventions visant à faciliter le développement de la conscience de soi au cours de la réadaptation, dont : des programmes neuropsychologiques holistiques axés sur le milieu, la psychothérapie, des approches compensatrices et facilitatrices, des expériences structurées, une rétroaction immédiate, une rétroaction vidéo, des techniques de confrontation, la thérapie cognitive, la thérapie de groupe, des jeux thérapeutiques et une intervention sur le comportement. La plupart des interventions en matière de conscience de soi sont intégrées dans le contexte de la réadaptation et ne forment pas des programmes distincts en eux-mêmes, ce qui rend difficile la démonstration empirique de leur efficacité dans les études comparatives. Cependant, on croit généralement qu'une approche individualisée pour traiter les troubles de la conscience de soi est nécessaire. En effet, une telle approche établie en fonction de l'origine du trouble de la conscience, soit neurologique, psychologique ou environnementale.

En se servant d'un cadre biopsychologique (Fleming et Ownsworth, 2006), les interventions recommandées pour les individus dont le trouble de la conscience de soi est d'origine neurologique comprennent: a) la sélection de tâches et de milieux clés mettant les difficultés en évidence; b) la prestation d'une rétroaction claire et d'occasions d'apprentissage structurées; c) la promotion de la formation des habitudes par le biais de l'apprentissage procédural; d) une formation spécifique devant être appliquée à l'extérieur du milieu d'apprentissage; e) la participation des clients aux thérapies de groupe; et f) l'éducation des familles et l'amélioration des mécanismes de soutien du milieu social. Les individus dont le trouble de la conscience de soi est d'origine psychologique sont plus susceptibles de réagir aux interventions qui mettent l'accent sur: a) la formation de l'alliance thérapeutique; b) des approches non confrontationnelles; c) l'enseignement d'une gamme de stratégies d'adaptation avant de tenter de modifier toute stratégie maladaptée qui peut faire en sorte de protéger l'individu de la détresse émotionnelle; et d) le recours à des techniques de psychothérapie et de counselling en matière d'ajustement affectif afin d'explorer la signification de la perte et de promouvoir l'acceptation (Fleming et Ownsworth, 2006).

Les interventions tenant compte des influences socioculturelles et environnementales reconnaissent le pouvoir qu'ont ces facteurs de nuire aux occasions de développement de la conscience, ou d'influencer la mesure dans laquelle les individus sont prêts à divulguer de l'information concernant leurs incapacités dans un contexte social particulier. Par exemple, certaines personnes peuvent penser que le fait d'avouer à un thérapeute qu'elles éprouvent des difficultés pourrait les désavantager lorsqu'elles voudront reprendre leurs activités significatives, comme le travail et la conduite automobile. Les facteurs sociaux et environnementaux pris en compte dans les interventions comprennent: a) la clarification de la justification de l'évaluation ou du traitement et la connaissance des préoccupations personnelles, b) la prestation d'information pertinente et la création d'occasions significatives et concrètes d'en apprendre davantage sur les modifications imputables à une blessure; c) l'éducation des proches et la mise en relation des individus avec des groupes d'entraide/pédagogiques ou des programmes de mentorat par des pairs; et d) la recherche de conseils et de la participation d'un agent de liaison culturelle (Fleming et Ownsworth, 2006).

Bibliographie

- Babinski MJ. 1914. Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *Revue Neurologique* 12: 845-848.
- Crosson B, Barco PP, Velozo CA, Bolesta MM, Cooper PV, Werts D, Brobeck TC. 1989. Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 4: 46-54.
- Fleming J, Ownsworth T. 2006. A review of awareness interventions in brain injury rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation* 16: 474-500.
- Prigatano GP, Klonoff PS. 1998. A clinician's rating scale for evaluating impaired self-awareness and denial of disability after brain injury. *The Clinical Neuropsychologist* 12: 56-67.

- Prigatano GP, Schacter DL. 1991. Awareness of deficit after brain injury: Clinical and Theoretical Issues. New York, NY: Oxford University Press.
- Toglia J, Kirk U. 2000 Understanding awareness deficits following brain injury. *Neurorehabilitation* 15: 57-70.

Suggestions de lecture

- Dirette D. 2002. The development of awareness and the use of compensatory strategies for cognitive deficits. *Brain Injury* 16: 861-871.
- Fisher S, Gauggel S, Trexler LE. 2004. Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries. *Brain Injury* 18: 547-562.
- Giacino JT, Cicerone KD. 1998. Varieties of deficit unawareness after brain injury. *J Head Trauma Rehabilitation* 13(5): 1-15.
- Hart T, Giovannetti T, Montgomery MW, Schwartz MF. 1998. Awareness of errors in naturalistic action after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 13(5): 16-28.
- Lucas S, Fleming JM. 2005. Interventions for improving self-awareness following acquired brain injury. *Australian Occupational Therapy Journal* 52: 160-170.
- Malec JF, Moessner AM. 2000. Self-awareness, distress, and postacute rehabilitation outcome. *Rehabilitation Psychology* 45: 227-241.
- Owensworth T. 2005. The impact of defensive denial upon adjustment following traumatic brain injury. *Neuropsychanalysis* 7: 83-94.
- Owensworth TL, Fleming J, Desbois J, Strong J, Kuipers P. 2006. A metacognitive contextual intervention to enhance error awareness and functional outcome following traumatic brain injury: a single case experimental design. *Journal of the International Neuropsychological Society* 12: 54-63.
- Sherer M, Oden K, Bergloff P, Levin E, High Jr WM. 1998. Assessment and treatment of impaired awareness after brain injury: Implications for community re-integration. *NeuroRehabilitation* 10: 25-37.
- Simmond M, Fleming J. 2003. Occupational therapy assessment of self-awareness following traumatic brain injury: A literature review. *British Journal Occupational Therapy* 66(10): 447-453.