

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Cours du Dr Marc Windisch

Le normal et le pathologique	2
Le traumatisme	8
La dépression	15
Winnicott : “La capacité d’être seul”	16
La compliance : dépendance et prise de médicaments.	22
Suicide de l’enfant et de l’adolescent ; question de la prévention.	23
La consultation thérapeutique selon Winnicott.	25
L’ennui dans la clinique	29
Le travail de deuil	30
La relation soignant-soigné	38
L’entretien avec un malade difficile	39
La maltraitance	46
Le travail de psychanalyse	49

Le normal et le pathologique

Il s'agit de définir la norme.

Lors de la consultation, le psychologue doit :

- enlever la culpabilité : le psychologue doit faire en sorte que cette personne, qui vient poser la question du normal et du pathologique, ressorte sans culpabilité.

- être suffisamment contenant

- Il ne s'agit pas d'une demande de conseil : il faut aider la personne à élucider le sens inconscient des symptômes. Le symptôme doit être associé à son histoire, ce qui ne veut pas forcément dire une psychanalyse.

= C'est par la parole, par l'élaboration, par la perlaboration qu'il y a du thérapeutique.

UNAFAM : Union Nationale des Familles de Malades Mentaux.

Question de celui qui demande : l'enfant ne demande pas pour lui, c'est le parent qui le fait souvent.

La pathologie ne consiste pas dans le fait de troubler l'ordre social. Certains enfants dont on a l'impression qu'ils sont ailleurs ont besoin de soins. Si on s'occupait que des enfants gênants, notre travail ne consisterait qu'à remettre dans la norme.

Qu'est ce qui alors permet de reconnaître la morbidité des troubles ?

1- Définition du normal :

- définition statistique :

Est considéré comme normal tout individu suffisamment proche de la moyenne de la population qui se distribue pour le caractère étudié selon une courbe de Gauss.

- définition normative : (la norme de droit)

Est normal celui qui répond à certains critères imposés de l'extérieur.

Qui est l'extérieur : qui édicte la norme ? La norme est imposée par l'environnement (scolaire, familial...). Notion de contrainte, de rapport de force.

Cela peut conduire à des "Personnalités Comme si". Cf. H. DEUTSCH qui parle d'individus conformes ; Cf. aussi le "faux self de Winnicott".

École de psychosomatique : "La pensée opératoire". Dans la vie fantasmatique, système de défense qui utilise une adéquation trop parfaite aux exigences de l'extérieur au détriment de la vie psychique intérieure. Mais les psychologues qui expliquent et donnent la définition de la pensée opératoire, n'ont-ils pas tout simplement réussis à apprivoiser, entendre, écouter les patients? Un moyen d'aider les patients à parler est la méthode de relaxation : à ce moment on peut se rendre compte que ces patients n'ont aucun manque en ce qui concerne leurs fantasmes ; il fallait juste leur donner les moyens et le contexte afin qu'ils les communiquent.

Pour être clinicien, il faut être naïf, il faut être dans une position où l'on peut être surpris.

- définition axiologique :

La norme est un idéal, une sorte d'utopie qui n'est jamais atteinte dans la réalité. Elle joue le rôle d'une force d'attraction vers une réalisation toujours meilleure. La norme, c'est la capacité d'évoluer et de créer.

Cette définition est intéressante car elle fait intervenir le temps, elle est dynamique.

Deux sortes d'idéaux : idéal de groupe (définition normative) / idéal personnel (idéal du Moi). Risque tyrannique.

Le normal, ce serait le fonctionnement psychique le meilleur possible en rejetant la norme extérieure à ce fonctionnement.

2- définitions :

- La perlaboration :

Processus par lequel l'individu intègre une interprétation et surmonte les résistances qu'elle suscite. C'est un travail psychanalytique qui permet au sujet d'accepter certains éléments refoulés, et de se dégager de l'emprise de mécanismes répétitifs.

Elle est dans la cure, mais plus particulièrement à l'oeuvre dans certaines phases où le traitement paraît stagner, et où une résistance, bien qu'interprétée persiste.

Corrélativement, du point de vue technique, la perlaboration est favorisée par des interprétations de l'analyste consistant notamment à montrer comment les significations en cause se retrouvent dans des contextes différents.

- Élaboration psychique :

Terme utilisé par FREUD pour désigner dans différents contextes, le travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser les excitations qui lui parviennent et dont l'accumulation risque d'être pathogène.

Ce travail consiste à intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elles des connexions associatives.

- Personnalité "Comme Si" :

Terme introduit par H. DEUTSCH en 1948 pour rendre compte de tableaux cliniques particuliers.

Il s'agit de personnalités ne présentant pas de symptômes psychonévrotiques, ni de traits de caractère ouvertement pathologiques et dont le comportement est bien adapté aux exigences de l'environnement. Cette apparente normalité est en contraste avec un manque d'authenticité et de chaleur, associé à une pseudo-affectivité. Le monde extérieur est posé comme tel que le sujet ne peut que s'y soumettre. La réalité fait fonction de Surmoi si bien qu'en lieu et place d'un conflit intrapsychique, c'est le conflit entre le sujet et l'extérieur qui se révèle prévalent.

- "Faux Self "(WINNICOTT) :

Il rend compte de certaines formes de régression dans la cure psychanalytique, et d'organisations psychopathologiques entrant dans le cadre des états limites.

Dans ses comportements et attitudes, le sujet, dès la première enfance, se soumet aux exigences de son entourage au prix d'un clivage du self qui laisse persister un vrai self archaïque, privé de moyens d'expressions et de satisfaction, non élaboré par des échanges avec l'entourage.

Winnicott y voit une défense contre la partie malade de la mère, qui cherche à rendre malade l'enfant.

Dans le clivage du soma et de la psyché, cette dernière est investie par le faux self, ainsi coupé des expériences corporelles. Il en résulte des sentiments de futilité, d'inconsistance, de vie, ou de rester étranger aux expériences vécues.

D'où la nécessité d'aménagements techniques dans la cure psychanalytique.

- Article : la notion de normalité : J. BERGERET.

CANGUILHEM conclue que l'homme normal est celui qui reste adapté à son milieu.

FREUD : il n'existe aucun fossé fondamental entre l'individu réputé normal et le névrosé quant aux grandes lignes de la structure profonde. De même pour les psychotiques.

Aujourd'hui, les psychopathologues pensent qu'un bien portant est celui

* qui n'a pas rencontré de difficultés internes et externes supérieures à son équipement affectif héréditaire et acquis, à ses facultés personnelles et adaptatives.

* A un jeu assez souple de ses besoins pulsionnels, de ses processus primaires et secondaires.

* Tient un juste compte de la réalité.

Personnes stables (structures stables et définitives en soi) / personnes pseudo-normales (peu structurées, avec des aménagements contraignants qui leurs permettent de ne pas décompenser dans la dépression).

La perversion :

Elle n'est pas toujours sexuelle.

C'est une déviation (va de pair avec la définition de la norme); quelqu'un qui obtient le plaisir orgasmique par d'autres moyens que la relation hétérosexuelle (avec d'autres moyens que la relation dite "normale" ; jusqu'où la norme va influencer les règles de la société ? ; donc on considérerait l'homosexualité comme une maladie). = question du normal et question de l'éthique.

De même, est-il normal qu'une femme veuille un enfant à 59 ans ? Est-il normal qu'on mette tout en oeuvre du point de vue biologique pour qu'elle soit enceinte ?

La norme familiale :

La première norme est la famille. "Heimlich" = "ce qui se fait chez nous" (il contient l'enfant).

"Unheimlich" = "inquiétante étrangeté" dont parle FREUD.

Il existe chez l'enfant le souhait de transgresser les règles, d'échapper à la conformité. Mais être normal, c'est aussi vouloir gagner l'amour des parents et trouver sa place dans la famille ; et ceci en respectant ce que veulent les parents : interdits, idéaux, interactions. L'Idéal du Moi de l'enfant se confronte à tout ceci, alors l'enfant fait tout ce qu'il peut pour tenter d'être normal.

Sujet + histoire + environnement

Pour tout enfant, la norme, c'est l'identification aux désirs des parents. La norme familiale peut être normative par rapport à la société ; ou encore pathogène si elle est en décalage par rapport aux normes de la société.

Quand on naît, on a en tête trois générations. Cf. ENRIQUEZ : "le délire en héritage. L'éclosion du délire est à mettre en relation avec l'histoire ; le sujet + le symptôme sont à mettre en regard de l'histoire.

L'enfant doit pouvoir mettre en cause les normes familiales : pas détruire, mais "penser autrement". Nécessité de la parole, de la mise en mot (sinon actes). Le changement ne doit pas se

faire d'un seul coup (cf. état dépressif chez l'adolescent). L'attachement permet la structuration : il varie progressivement mais, en général par paliers.

“être bien dans sa peau” :

Peut-on souffrir d'un trop de normalité, d'être trop bien dans sa peau?

Est-ce normal de se mettre en question, de douter de ses choix objectaux, de ses règles de conduite... ? Est-ce normal de se remettre en cause, de douter de sa propre identité, de se dire qui suis-je ?

Roland BARTHES ; le sujet amoureux est traversé par l'idée d'être fou (Fragments du discours amoureux).

Tous ces questionnements permettent de faire le chemin vers la psychanalyse. Cf. Joyce MAC DOUGLAS.

Th REIK parle du “psychologue surpris”. Il est important de pouvoir être surpris. Le lieu d'interprétation, c'est uniquement dans le cabinet dans un contexte précis, chez le thérapeute, pendant la séance. Mais en société, il n'y a pas de place pour l'interprétation, sinon elle est sauvage.

La pratique :

Ces réflexions nous conduisent à deux tendances contradictoires.

1- : Faire disparaître toutes frontières à la pathologie :

Il y a chez l'enfant des processus qui conduisent à des états morbides. Ces processus ne sont pas de nature très différente des processus “normaux”. Tout le monde pourrait alors bénéficier d'une même thérapeutique (aide même pour

quelqu'un qui va bien, comme pour celui qui va mal).

2- Réagir contre le danger d'extension démesurée du champ de la psychiatrie. Réaction contre le fait d'appeler les psy dès que quelque chose va mal ou ne va pas très bien.

La demande de soin :

On ne répond pas à une demande de soin parce que les parents le veulent. De même, est-ce qu'on répond toujours à l'enfant qui demande des soins ? Non, la réponse est déterminée par :

1- la propagande sanitaire

2- les relations avec les services sociaux.

Par exemple, 50% des psychiatres sont localisés dans la région parisienne. Un enfant qui a des difficultés dans cette région aura plus de chances d'être repéré et pris en charge qu'un enfant qui vit dans une région moins équipée en ce qui concerne la prévention et l'aide sociale.

Médecins, psychiatres, psychologues doivent faire attention à être utilisés comme il faut : il doivent travailler que dans leur champ, dans les champs qui les concernent. (ex : les psychiatres russes ont été utilisés pour interner des dissidents, et les “soigner” avec des neuroleptiques alors qu'il n'étaient pas malades.

Parfois l'enfant qui vient voir le psy n'est qu'un enfant-symptôme. La famille n'est pas capable d'aller voir le psy pour ses problèmes, alors elle envoie l'enfant à sa place. Le psy doit faire attention à cela.

On ne répond pas passivement à une demande de soin parce que les parents sont anxieux : le psy ne doit pas faire ce qu'on lui demande, il doit faire son métier.

Détecter une maladie à son début est un acte prophylactique indissociable de l'acte thérapeutique qui s'en suit (on écoute ce qui se passe + réflexion sur le projet thérapeutique). Traiter un état dangereux pré morbide n'est un acte classable qu'en fonction de la théorie qui le supporte.

Quand un soignant est confronté et concerné par ce que demande une famille : cf. euthanasie (acte par un professionnel qui conduit à la mort de quelqu'un).

Définitions :

Perversion :

= Déviation par rapport à l'acte sexuel "normal", quand l'orgasme est obtenu avec :

- d'autres objets sexuels
- par d'autres zones corporelles

Quand l'orgasme est subordonné de façon impérieuse à certaines conditions extrinsèques.

Prophylaxie :

Ensemble des mesures destinées à empêcher l'apparition ou la propagation d'une ou de plusieurs maladies.

1- L'importance de l'histoire :

On ne peut pas toujours mettre des étiquettes de pathologie sur une problématique : il est surtout important d'écouter l'histoire.

UMD = Unité pour Malades Difficiles (3 en France)

Prendre le temps d'écouter l'histoire, la façon dont le patient raconte son histoire, c'est déjà de la clinique. Il s'agit de laisser venir l'histoire, tel que le patient nous la raconte (pas forcément dans la chronologie). Puis le clinicien doit la retranscrire chronologiquement et dans des termes cohérents ; ne pas oublier la dynamique et la façon dont le patient est capable d'évoquer son histoire (nécessité pour lui de se défendre et de laisser sous silence quelque chose).

2- La question de la contrainte en psychiatrie :

Ex : avant, en justice, on posait un non-lieu en cas de démence, c'est à dire qu'il n'y avait pas jugement, sorte d'annulation par la société de l'acte commis. Les pys doivent ainsi faire des expertises d'actes criminels ; il arrive que des cliniciens soient d'avis contraire = difficulté de faire un diagnostic entre normal et pathologique même face à des situations difficiles.

Même en cas de démence, il est important qu'il y ait un temps de peine et de contrainte, qui a aussi un effet thérapeutique. L'état clinique du malade prime avant les questions protocolaires.

Le travail clinique est un travail individuel et institutionnel ; même le soignant en individuel appartient à un groupe (en arrière plan, l'institution existe).

Il ne s'agit pas de réhabiliter la contrainte, mais c'est un acte qui peut aider un patient et qui a même un aspect humain.

Il s'agit de substituer une vision humaniste à une vision ségrégative ; permettre au malade de rester dans un système de relation et non pas de le laisser sédimenter dans l'isolement. Contraindre un malade, ce n'est pas altérer sa liberté.

“Si l'on conçoit la libération du malade comme la fonction thérapeutique essentielle de la psychiatrie, on est conduit très vite à une conception de la maladie mentale qui aboutit à sa négation pure et simple” ; comme si la normalité du malade mental était simplement une influence extérieure de quelque chose qui pèse ou ne pèse pas sur lui.

Si on libère le malade, on nie sa pathologie (le malade est lui-même sous la contrainte de la pathologie qui le submerge).

Le malade est un être humain, mais l'être humain qu'on a à prendre en charge est un malade.

C'est la contrainte intolérable, celle à laquelle le malade mental ne peut réagir que par des actes pathologiques extrêmes, que ces actes soient dirigés contre l'extérieur, contre autrui ou la société, ou qu'ils soient dirigés contre lui.

LE GUILLANT utilise le terme “externement arbitraire”.

L'hôpital peut être considéré comme une certaine enveloppe ; c'est le fait d'avoir été contenu qui permet à certains patients de ne pas éclater.

La contrainte psychiatrique est individuelle, adaptée à chaque patient, et c'est pourquoi elle a une action contenante, thérapeutique. Être clinicien, c'est reconnaître la capacité du patient à être hospitalisé, comme à être à l'extérieur.

Le traumatisme

1- l'accouchement traumatique : observations

A propos de l'accouchement : la femme enceinte est en consultation alors que sa grossesse précédente s'est terminée de façon dramatique (mort de l'enfant à la naissance, ou troubles somatiques graves après un accouchement long, difficile, avec des manœuvres obstétricales...) = laisse un trauma dans la mémoire de la patiente.

Cf. les services de grossesses à haut risque : ils reposent sur l'intuition par le gynéco d'une possible répétition de l'accident.

Les patientes parlent facilement du rêve ou cauchemar qu'elles ont pu faire.

5 observations :

1- femme bâillonnée, accusée de jouer la comédie par la sage-femme ; enfant décédé quelques jours plus tard.

2- accouchement long dans une clinique de sages-femmes ; demande refusée de voir un médecin. Sage-femme à califourchon sur son ventre "mais sors le, vas-tu le sortir". L'enfant est vivant, mais avec des dégâts neurologiques.

3- Préparation prophylactique pour un accouchement sans douleur ; le femme crie; se fait injurier. Forceps en présentation de la face ; le médecin aurait dit n'avoir jamais vu une chose aussi horrible. Le bébé meurt secondairement de convulsions à 5 mois.

4 - vieille sage-femme qui lui a promis un accouchement sans douleur. Mais elle est prise de douleurs. La sage-femme refuse d'appeler le médecin qui ne viendra que 20h après. Il utilise des forceps, depuis l'enfant a des séquelles.

La femme fait toujours allusion à des cauchemars lors de l'entretien : rêve terrifiant qui les submerge plusieurs nuits successives.

Il existe deux angoisses : une pendant le rêve et une après le rêve.

+ insomnies durant laquelle ces femmes sont obsédés par l'accouchement traumatique qu'elles ont subi.

= symptômes de la névrose traumatique.

Au 8ème mois de la seconde grossesse, les rêves sont stéréotypés, répétés. Ils ont une tonalité terrifiante et ramènent les femmes à l'évènement traumatique initial : l'accouchement, qui est devenu un traumatisme.

Il y a une effraction dans l'économie psychique, ruptures des barrières de défenses du Moi.

Les rêves :

2- Elle rêve que les sages-femmes sont nombreuses et la menacent. Toutes les sages-femmes montent sur son ventre, elle pense qu'elle va mourir et que son enfant aussi va mourir ; elle crie, ce qui la réveille.

3- On la laisse seule, le médecin ne vient pas et elle voit à côté d'elle le moignon écrasé de la tête de l'enfant ; elle a peur, ce qui la réveille.

4 -Le col ne veut pas s'ouvrir, la tête de l'enfant ne veut pas passer ; elle a peur...

Ex :

Une femme métisse, orpheline assez tôt. Son grand frère s'occupe d'elle et l'élève. Elle se marie à un breton, a une première fille blonde, puis un autre enfant (=accouchement traumatique). L'obstétricien aurait dit "vite, vite vite, il est noir". L'enfant avait le cordon autour du cou et risquait de naître bleue. Son enfant est retardé (a des difficultés scolaires). Elle est enceinte d'un troisième enfant et rêve que l'obstétricien dit lors de son accouchement "il est noir".

Ex :

Ado de 19 ans qui avait peur de rentrer à la maison car sa mère frappait sa sœur. Un soir, à 13 ans, elle est embarquée dans un réseau de prostitution (viol, drogue...). Actuellement, elle est très mal, elle rêve de viol, elle a peur de se réveiller à côté de quelqu'un de mort...

Le rêve, le cauchemar peut être une cause de consultation. IL conduit à l'angoisse qui elle même conduit à un besoin de parole et à une demande de psychothérapie.

Les accouchements :

1, 2 et 5 : un accoucheur, à cause de la présence du psychologue, décide de Césariser, alors qu'il n'y avait pas de signe objectif de nécessité de faire une césarienne

4 : Au moment de l'accouchement, une équipe est là, ainsi qu'une sage femme. Au bout de 20h, le médecin décide de faire une césarienne. L'enfant va bien. La femme a une telle reconnaissance envers l'obstétricien, qu'elle lui envoie chaque année une photo de l'enfant.

3 : La femme a répété son accouchement traumatique ; l'enfant est mort, pendu au cordon.

Il existe des **points communs** entre les différentes observations :

- Les femmes, au début de la grossesse, disent ne pas avoir peur d'accoucher = **absence d'angoisse devant l'accouchement.**

- Au cours de la grossesse actuelle, ce qui revient en mémoire, c'est la grossesse antérieure traumatique

- Il y a **trois personnages :**

+ La femme, dans une relation de dépendance au médecin qui l'a suivi pendant 9 mois et qui n'est pas là ;

+ La sage-femme, considéré comme âgée et qui s'interpose entre elle et l'homme obstétricien qui n'est pas là.

+ L'obstétricien.

- **Le rêve :** les femmes enceintes de 7 mois rêvent beaucoup, ou plus qu'aux autres périodes = rêves, cauchemars, angoisse, insomnie. (peur de s'endormir, car peur de faire le même cauchemar). De plus, **ces rêves ne se prêtent à rien d'associatif :** ces femmes n'arrivent pas à parler à propos du rêve. C'est comme si il était brutal, et donc ne pouvait pas être associé à une représentation, autre qu'à celle de la scène. Il ne s'agit pas d'un blocage.

- Chaque fois la grossesse s'est terminée de façon **dramatique :** enfant mort ou gravement malade.

2- Terme de traumatisme ou de névrose traumatique :

(dictionnaire de RYCROFT)

Le traumatisme est un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, par l'incapacité où il se trouve d'y répondre adéquatement par les bouleversements et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychologique.

Sur le plan de l'économie, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est d'excessif relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ses excitations.

1- **choc violent**

2- **effraction**

3- **conséquence de cette effraction sur l'organisme.**

FREUD :

- **1ère scène** = scène de séduction infantile

- **2ème scène** = souvent totalement anodine, mais qui rappelle la 1ère scène, s'y associe.

C'est le souvenir de la première scène qui déclenche un afflux d'excitation qui déborde les défenses du Moi. La première scène ne peut être définie comme traumatogène qu'après coup, dans un deuxième.

La **névrose** est réservée à ce qui concerne le conflit psychique, donc le compromis entre désir et défense.

Dans le cas de l'**accouchement traumatique** :

la première grossesse correspond à la première scène et la deuxième grossesse à la deuxième scène. Cette dernière est vécue dans l'angoisse alors que la première grossesse a été vécue sans appréhension.

La névrose traumatique se déclenche dans l'intervalle entre le premier accouchement et les derniers mois de la grossesse suivante.

Nécessité d'abréaction : Peut-être que les rêves étaient chez ces femmes enceintes des tentatives de faire sortir le traumatisme d'elles-même, d'abréagir, de lier.

S'il y a traumatisme au sens strict, le traumatisme est à l'intérieur comme

une sorte de **corps étranger**.

Le traumatisme est quelque chose de somatique et de psychique. Il y a un ébranlement corporel associé à la frayeur et l'angoisse.

Ce double caractère somatique et psychique existe à chaque observation, parce que l'accouchement est un événement somatique, chargé en soit de représentation psychiques.

3- Fragilités psychiques spécifiques de la grossesse :

Cf. BIBRING

ERIKSON parle de la grossesse comme une étape intégrative.

RACAMIER parle de la vulnérabilité de la femme enceinte, car la grossesse fait surgir des structures psychiques labiles, comme durant l'adolescence. Quand la femme enceinte va mal, la thérapie sera très productive, même si elle est ponctuelle. La période fragile survient durant le 7ème mois, la femme rêve d'accouchements prématurés. La frayeur surprend les femmes enceintes durant ce 7ème mois, dans leur corps et dans leur tête. (Frayeur dans le cauchemar et survie de l'angoisse après le cauchemar.

4- L'accouchement traumatique : analyse

Les femmes traumatisées n'avaient pas imaginés que l'accouchement pouvait mal se passer. Ce qui est important, c'est d'évaluer le sentiment de surprise par rapport au traumatisme. Il peut s'évaluer lors d'un entretien.

Dans le rêve, c'est l'angoisse qui réveille les patientes, et le rêve ramène toujours à la scène traumatique ; ils obéissent à la **compulsion de répétition**.

Au niveau de l'économie psychique :

- 1- **effet traumatique** dans l'après coup du premier accouchement
- 2- **névrose traumatique** qui apparaît dans la deuxième partie de la deuxième grossesse

L'**angoisse** n'est pas que dans la tête : vient de *angor* (=serrer ; l'angor est une angine de poitrine, le signe qui précède la crise cardiaque). L'angoisse est une peur dans le corps, et en cela est différente de l'**anxiété**.

- **ébranlement somatique**
- **frayeur psychique**

Le sujet ne contrôle plus ; il y a un afflux d'excitation que le sujet ne peut ni liquider, ni élaborer. Tout cet afflux d'excitation émerge dans le cauchemar , or les cauchemars se font à répétition.

On relève une incapacité à maîtriser l'état psychique et l'état physique : il y a un **échec à la liaison**. (le travail thérapeutique est un travail de liaison). Quelque chose de brut, une émergence d'énergie libre, pas liée et pas liable apparaît chez le sujet.

Qu'est-ce qui normalement doit se lier, et se refoule ? A quelle représentation renvoie ce premier accouchement ?

= L'accouchement a été traumatisant parce qu'il met en scène une **représentation psychique inconsciente**. On va trouver dans le rêve cette représentation psychique inconsciente

Hypothèse : la représentation est la **scène primitive**.

Dans chaque rêve, il y a un homme accoucheur obstétricien ; et une femme sage-femme qui tient l'homme à distance. C'est comme si les imagos parentaux étaient incarnés par l'accoucheur et la sage-femme. Mais cette situation est une dénégation de la scène primitive, car il y a la patiente en plus, et l'accoucheur est maintenu à distance.

Scène primitive : l'enfant ne doit pas assister à la scène d'amour entre les parents. Le femme devient alors une enfant qui assiste à la scène primitive interdite.

Hypothèse 2 : cette représentation est celle de la scène de **l'inceste**.

ex : femme qui lors de l'accouchement a entendu l'accoucheur lui dire que son enfant est "noir" : ce serait le fruit d'un inceste.

Les rejetons du représentant refoulé (et l'inceste et la scène primitive) vont s'associer à la **pulsion de mort**. Il vont faire effraction dans le cauchemar, ce qui lui donne sa tonalité terrifiante.

L'acte médical a pour but de permettre la vie. Mais inceste, scène primitive et pulsion de mort s'associent comme pour provoquer la mort de l'enfant (ce que le médecin sent ; alors il décide de faire une césarienne). Chez le soignant = pulsion de vie.

L'abréaction :

Décharge émotionnelle par laquelle le sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique, lui permettant ainsi de ne pas devenir ou rester pathogène.

L'abréaction, qui peut être provoquée au cours de la psychothérapie, notamment sous hypnose, et produire alors un effet de catharsis, peut aussi survenir de manière spontanée, séparée du traumatisme initial par un intervalle plus ou moins long.

Cf. film *La mort si proche* de V. WINCKLER (; unité de soins palliatifs, dans le cadre de la relation soignant-soigné).

Certains soignants mettent un voile entre eux et les malades ; pourtant cette relation n'existe pas sans corps à corps, c'est à dire la prise en compte du corps du patient, et du corps du soignant. Ce n'est pas un toucher interdit : il est nécessaire et fait partie de la relation soignante.

"Je me demande si la visite n'est pas une défense inconsciente du médecin pour ne pas être en relation trop forte avec le malade". Le médecin entrerait dans la chambre du malade que lorsqu'il reste quelque chose à faire.

Psychologue clinicien pour le personnel soignant.

Le premier accouchement est traumatique : cf. une représentation incestueuse inconsciente qui serait complètement refoulée.

"Folie somatique" : à l'insu de la mère, le corps de l'enfant est mis à mal.

"Court circuit de la psyché" qui met la mère "à l'abri de la reconnaissance d'un crime qui se fait à son insu". L'enfant fruit d'une relation incestueuse ne devrait pas vivre ; cet enfant est le "corps d'un délit" ; il est la preuve de la transgression de l'interdit. IL s'agit de faire disparaître le fruit de cet acte, sinon, développement d'une culpabilité liée au désir incestueux.

Mais il existe une brèche dans le refoulement, qui explique l'apparition des cauchemars. Désir œdipien inépuisable ? Il s'agit d'une craquelure dans la barrière du refoulement ; y-a-t'il quelque chose de symbolisable dans le désir œdipien ?

Tout accouchement met en scène chez la femme enceinte et dans son corps des représentations de l'inceste et du meurtre de son fruit.

Dans toute naissance, la pulsion de mort et la pulsion de vie sont en jeu.

Le refoulement concerne les représentations :

1- l'état psychique de la femme à la fin de la grossesse.

Cf. H. DEUTSCH qui parle de la "part troublante des femmes qui vont accoucher", qui sont dans un état de sensibilité particulier, et qui sont plus perméables aux représentations inconscientes.

2- La réaction de terreur / désir (ou désir / dégoût) au moment de la naissance (cf. Formation réactionnelle ; cf. Amnésie de l'après coup de l'accouchement).

3- Il existe parfois chez la femme des phobies d'impulsions à l'égard du nouveau-né = compromis entre le désir et la défense de tuer ce bébé (puisqu'à la manière de l'oedipe ?)

Cf. Gène des accoucheurs qui ne supportent pas les cris de la femme ; ces cris seraient une défense contre la scène originaire orgasmique.

5- L'accouchement

Comme la mort, chez l'homme et dans la société, il est entouré de rites, de rituels.

Le lieu :

Aujourd'hui, c'est la maternité hospitalière (il est rare que les femmes accouchent chez elles).

Cf. Les "pavillons d'accouchés" en Égypte ancienne.

= C'est un lieu distant et distinct de la vie quotidienne.

Le meuble :

Sur quoi on installe la femme qui accouche ?

- siège obstétrical utilisé jusqu'au 17^{ème} siècle : c'est un meuble qui maintient la femme.

- salle de travail : lit de travail, lit de misère, lit de fésine : c'est un lit étroit et dur, peu confortable.

- aujourd'hui : lit avec des étrières.

MAURICEAU pense qu'il n'est pas approprié de déplacer les femmes qui vont accoucher. Il faut qu'elles accouchent là où elles se trouvent.

hypothèse = Si elle accouche chez elle, la femme reste dans son lit, chez elle, le lit où a été conçu l'enfant, le lit des rapports sexuels entre les parents. En allant accoucher loin de ce lit, on desexualise la naissance et l'enfant. Dans un lit on fait l'amour, dans un autre lit on fait un enfant, comme pour ne pas faire de rapport entre le coït et l'enfant.

L'entourage :

La naissance se passe entre deux femmes : celle qui accouche et celle qui assiste. Sages-femmes : sage au sens :

- de la notoriété

- de la transmission d'une pratique

- l'offre une bonne image de l'identification maternelle

(les sages-femmes étaient vertueuses, avaient une autorité morale, avaient dépassé l'âge d'avoir des enfants)

Au 14ème siècle, en France et GB : période d'infanticide, on a accusé les sages-femmes de fabriquer des filtres et d'ensorceller pour tuer les enfants.
Cf. Femmes au double visage : bon et mauvais.

Les hommes :

En général, il n'y avait que des femmes. Au 18ème, les hommes qui devaient assister aux accouchements devaient travailler sans voir. On parle d'indéscence pour un homme d'accoucher la femme.

= l'interdit porte sur le regard masculin.

Les hommes sont les médecins, et s'intéressent à la naissance en tant qu'objet médical.

Ex : *livre d'Ambroise Paré ; livre de Jean Sonne (1981).*

L'obstétricien ne doit pas séduire la femme qui accouche.

Les pères :

Aiment-ils assister aux accouchements ? N'y a-t-il pas une certaine gêne ? Le père se cache derrière l'appareil photo ou la camera, ou tombe dans les pommes.

L'interdit du regard de l'homme amène à la question du père.

Le père a sa place à la naissance = il nomme son enfant et l'inscrit dans une filiation symbolique.

6- Définition (RYCROFT)

Compulsion de répétition :

Tendance innée à retourner à des conditions antérieures.

Concept qui en étaye un autre = l'instinct de mort. Comme l'animé se développe à partir de l'inanimé, il existe une pulsion innée, orienté vers le retour à l'inanimé.

Ce concept explique le phénomène général de la résistance au changement.

Cf. **Résistance au transfert** : déposer sans se lier au thérapeute

Différent de la **résistance par le transfert** : idéalisation massive du thérapeute qui empêche tout travail.

La dépression

La question du temps est importante : le dépressif est tourné vers le passé, il ne voit pas d'avenir. Dans le discours de personnes déprimés, le **futur n'existe pas grammaticalement** . Quand on a un patient déprimé face à soi, il est important d'évoquer le futur, ainsi on mesure la capacité du patient à se projeter dans le futur. Si le patient évite toujours la question du futur, on peut lui faire remarquer, lui dire que cela inquiète. A ce moment on peut aborder les **affects dépressifs**.

Le dépressif n'est pas triste, il est **désespéré** (sans espoir).

Y-a-t'il des **idées suicidaires** sous-jacentes ? Le praticien peut évoquer les idées suicidaires.

Le patient va mieux lorsqu'il transforme les faits en événements, avec des conséquences, des émotions... (avant, il ne parlait que de faits présents : arrêt sur image). Il faut permettre au patient de parler de ses émotions, de son **ressenti**, ce qu'il n'a peut être pas pu faire jusqu'à présent.

Winnicott : “La capacité d’être seul”

Le sentiment de solitude est différent selon si l’on est un enfant, un adolescent, un adulte. Être seul n’est pas la même chose selon l’âge qu’on a. On parle par exemple, de la solitude des personnes âgées, surtout de celle des femmes veuves. Cette solitude est également différente selon la présence ou non d’enfants.

Winnicott décrit ce sentiment de solitude, la capacité pour un individu d’être seul, comme un état qui est un des moments les plus importants pour la maturité du développement affectif.

1- La capacité d’être seul :

Cela désigne un terme positif, la maturation du développement affectif.

Au cours d’une analyse, il y a un moment où le patient (analysant) doit témoigner d’une aptitude à être seul (malgré la présence du psychanalyste). C’est un sentiment qui est là malgré cette présence. La façon dont l’analyste écoute les moments de silence est très importante ; ce ne sont pas forcément des signes de résistance. Cet épisode silencieux peut-être un aboutissement, un enrichissement, une complétude. C’est perçu par le corps : être dans le silence.

Certains enfants n’ont pas pu vivre cela, ce qui est indispensable pour être adulte. Parfois, au cours de l’analyse, le patient vit cela pour la première fois.

Exemple : un enfant a une atrophie musculaire parce que la mère le portait constamment ; incapacité de la mère à se séparer de l’enfant. Celui-ci a un espace de vie nul, et devient psychotique.

L’analysant dans une situation particulière avec son analyste vit un moment particulier ; quelque chose devient possible : se sentir seul en présence de l’autre.

Avant, on parlait de la peur d’être seul, de la phobie, du repli (mécanismes de défense qui implique que le sujet se protège d’un vécu persécutif ; notion du dedans et du dehors)= termes négatifs

Cf. FREUD, 1914, “La relation anaclitique”.

2- La relation à 2 ou à 3 :

La relation à trois est une relation triangulaire correspondant au stade Oedipien.

La relation à deux est plus primitive : “La première relation de personne à personne est celle qui s’établit entre le petit enfant et sa mère (ou son substitut) avant qu’aucune qualité propre à la mère n’ait été isolée pour aboutir à l’idée

d’un père”. C’est comme si n’existaient que mère et enfant, comme si le père n’était pour rien dans cette relation. C’est un état très particulier entre la mère et l’enfant ; cf. M. KLEIN “la position dépressive”.

Existe-t-il une relation à un ? Le narcissisme serait-il cette relation ?

3- être effectivement seul :

Il existe des personnes pour lesquelles la solitude est nécessaire et appréciée, ce qui est différent des moments de repli ou de régression.

Cela ne signifie pas la solitude physique. La capacité d'être seul est un phénomène élaboré qui va se développer au cours du développement de l'individu. C'est à partir de cette capacité d'être seul que peut s'élaborer la solitude réelle.

4- Un paradoxe : l'expérience de l'enfant, être seul en présence de la mère :

“La capacité d'être seul est l'expérience d'être seul en tant que nourrisson et petit enfant en présence de la mère”. Être seul en présence de quelqu'un d'autre est un fondement paradoxal.

Une mère en bonne santé mentale peut se séparer de son bébé. Quelque chose qui rappelle la mère peut permettre à l'enfant d'être bien. Il y a des moments où la mère est représentée par autre chose qu'une personne : une odeur, une musique, une atmosphère, un objet... Le berceau, l'atmosphère générale peuvent servir de mère : il s'agit d'une relation au Moi qui s'oppose à la relation pulsionnelle.

Dans la relation pulsionnelle, le sujet est dans un état où il est dérangé par la pulsion, il n'est pas dans une quiétude. Cf. Le destin des pulsions. La pulsion perturbe la vie du Moi. La relation au Moi est de l'ordre “d'aimer bien” ; la relation pulsionnelle de l'ordre “d'être en amour avec”.

Si la mère jouit du corps de l'enfant, l'enfant ira mal.

5- Le rapport sexuel :

L'après rapport sexuel est un moment dont les analysants se plaignent souvent de leurs partenaires.

Après un rapport satisfaisant, chaque partenaire est heureux d'être seul, capable de savourer cet état en présence de l'autre. C'est une expérience saine que de pouvoir éprouver cet état là après un rapport sexuel : être seul à côté de quelqu'un. On est bien, on a envie de rien faire.

Celui qui est obligé de faire quelque chose, c'est qu'il y a quelque chose qu'il ne supporte pas, un vécu d'angoisse ou de persécution. Ils ressentent la passivité comme quelque chose qui pourrait porter atteinte à leur être. Certaines personnes ont ainsi un moment de dépression après le rapport sexuel, qui est un état particulier qui permet d'intégrer le temps et le corps. Si il existe un problème

avec le déroulement du temps, le sujet va mettre le corps en action.

Après le partage de cette solitude, ce temps de quiétude : retour des tendances instinctuelles. Cette quiétude est un état interne de perception. C'est du sensoriel, pas forcément de la pensée. Il ne s'agit pas de repli.

Exemple du couple qui “formait coquille”.

6- La scène primitive :

Film sur l'objet transitionnel :

Il n'est pas un objet, mais des qualités que l'enfant lui donne. L'enfant n'aura jamais à en faire le deuil. C'est l'enfant qui crée son doudou. C'est un objet porteur d'un voyage, d'un rêve.

Winnicott dit de la capacité d'être seul qu'elle est fondée sur l'aptitude de l'enfant à affronter les sentiments suscités par la scène primitive : "comment l'enfant vit le coït des parents" ? Dans la scène primitive, l'excitation du coït des parents est perçue ou imaginé. L'enfant concerné par cette excitation éprouve de la haine. Il existe une activité particulière qui va permettre de maîtriser cette haine au profit d'autre chose ; c'est la masturbation. L'enfant a des fantasmes, conscients ou inconscients, où il est le troisième personnage d'une relation triangulaire.

La capacité d'être seul, c'est pouvoir s'imaginer être l'un ou l'autre des personnages de ce rapport sexuel ; c'est à dire qu'il est capable de vivre sur le plan fantasmatique la puissance génitale, et accepter quelque chose de la féminité : c'est le développement d'une tolérance de l'ambivalence. En même temps se développe la capacité de l'individu de s'identifier à chacun de ses parents.

7- Le bon objet intériorisé :

Cf. Mélanie KLEIN.

Le fait de pouvoir être seul repose sur l'existence dans la réalité psychique de l'individu d'un bon objet.

- Existence d'un objet interne
- relation sujet / objet interne

Le sujet est capable d'être seul avec ses objets internes (en l'absence de stimuli extérieurs), sans que des éléments (individus) extérieurs viennent le stimuler. Cela lui permet :

- d'exister
- d'avoir confiance
- de se sentir heureux

"Être capable d'être seul en l'absence d'objets extérieurs ou de stimuli extérieurs".

L'adolescence :

Certains adolescents sont mal et s'inquiètent. Il y a une **course aux sensations**, une nécessité permanente d'être excité. Il y a aussi une course au perfectionnement vers l'idéal absolu. C'est un état où le corps est à la limite du danger ; course aux sensations, sensorialités.

Ce qui traduit :

- une **immaturité affective**
- une **intolérance aux frustrations**
- une **nécessité d'être reconnu**

La famille est à l'origine de cette sensorialité : pas de mots pour s'exprimer. Il y a une **incapacité à mettre les actes en mots**, donc des **affects dépressifs** sous-jacents.

Pour que le bon objet ait été intériorisé, cela suppose que l'enfant a eu suffisamment de **soins maternel**. Il a pu exister dans un environnement fiable.

Un sujet bien est :

- **sans angoisse** que chaque objet extérieur vienne pénétrer au dedans ; qu'il ait confiance en le Moi-Peau, l'enveloppe qui l'entoure. Il n'a pas d'angoisse persécutive.
- a de **bons objets internes** utilisables pour se défendre contre ce qui vient du dehors, prêts à être partagés au moment voulu.
- n'a **pas besoin de sensorialité extérieur**.

8- être seul à un stade d'immaturation :

Peut-on être seul à un stade très primitif ? Peut-on être seul à un stade d'immaturation, où le Moi du sujet ne peut pas définir le sujet comme dedans / dehors, avec des limites.

La capacité d'être seul est une élaboration ; or dans ce cas, il s'agit d'une **forme non élaborée de solitude**. "A ce stade l'immaturation du Moi est compensé de façon naturelle par le rapport du Moi offert par la mère" ; comme si l'enfant n'était pas sorti de la mère.

Puis petit à petit, le bébé est capable d'intérioriser la mère comme une mère. Puis, il est capable d'être seul, sans la mère et sans angoisse.

La mère emplit-elle tout l'espace, tout l'espace psychique ?

9- "Je suis seul" :

"Je" :

- développement, maturation affective
- a réalisé son unité
- quand l'enfant peut dire "je", la vie intérieure devient possible.
- lien dans l'organisation topographique de la pensée.

"je suis" :

- stade
- environnement protecteur
- mère présente, préoccupée par son enfant.

"Je suis seul" :

- L'enfant se rend compte de l'existence ininterrompue de la mère. il a confiance en sa mère et se sent en sécurité.
- La mère peut s'absenter car l'enfant sait qu'elle reviendra
- l'enfant peut jouir d'être seul
- l'enfant a fait une expérience répétée de l'absence et du retour de sa mère pour pouvoir construire sa capacité d'être seul.

10- Relation au Moi :

La relation au Moi est à la base d'éprouver des **sentiments d'amitiés** entre adultes. La relation au Moi est liée à la capacité d'établir la **relation transférentielle** (importante dans les relations amicales comme dans le travail analytique).

“Une pulsion instinctuelle n’a de signification que si elle s’inscrit dans l’existence du Moi, soit qu’une pulsion intellectuelle démembrer un Moi faible, soit qu’elle fortifie un Moi fort. On peut dire que les relations instinctuelles fortifient le Moi lorsqu’elles s’inscrivent dans le cadre d’une relation au Moi”.

L’enfant découvre sa vie personnelle en présence d’autres ; il en est de même sur le divan analytique.

Si le sujet a besoin d’excitations extérieures, alors l’existence est fautive : c’est un état pathologique, car le sujet nécessite une action de l’environnement pour éprouver un sentiment d’existence.

L’enfant qui va bien est capable de faire l’équivalent de ce qui s’appellerait “se détendre” comme un adulte. L’enfant est capable de faire un travail perceptif sur l’enveloppe, sans avoir peur : travail de relaxation.

L’essentiel de la constitution authentique du transférentiel = “le terrain est prêt pour une expérience instinctuelle. arrive une perception ou une pulsion. Dans ce cadre la perception ou la pulsion sera ressentie comme réelle et constituera vraiment une expérience personnelle”.

Le sujet sera conscient que la perception est de l’ordre du fantasme. Il peut édifier un Vrai-self et pas un Faux-self.

L’enfant peut avoir une relation ressentie comme réelle en présence de la mère. Plus tard, après avoir édifié un environnement interne, l’enfant pourra introjecter la mère et ressentir réellement seul.

11- L’acmé de la relation au Moi :

Winnicott emploie le terme “d’orgasme du Moi” ; il parle des états du Moi dans lesquels le sujet pourrait se spécialiser et être bien, et introduit également la notion d’excitation.

L’être humain est d’humeur variable.

l’orgasme du Moi est un état qui associe quelque chose de l’allégresse, de l’euphorie que l’on retrouve dans certains états pathologiques. Ce qui est important est l’état d’excitation corporelle ; comme si tout le corps pouvait s’identifier à l’objet partiel (le phallus).

L’hypothèse est qu’il existe des états particuliers, qui concernent la psyché et le soma, et que certains vont rechercher.

Les états permanents d’excitation psychomotrice sont une tendance pathologique à rechercher cet état d’extase. Comme par exemple, les états d’addiction sexuelle, où il y a une nécessité de l’activité sexuelle qui est recherchée et multipliée.

Winnicott évoque d’autres états particuliers où nous avons des satisfactions : les concerts, les relations amicales... Peut être que cet état peut être qualifié par le terme “d’orgasme du Moi” ?

L’acmé : quelle est l’intensité ?

On peut par exemple repérer un enfant qui va mal par son jeu : “quand un enfant joue, la totalité de son jeu est elle une sublimation des pulsions instinctuelles ?”.

Un enfant qui joue éprouve des satisfactions ; certains enfants s'amuse, le corps reste dans une certaine quiétude.

Mais quand l'enfant s'excite en jouant, c'est que l'enfant va mal (qualité et quantité instinctuelle). "Il existe une grande différence entre le jeu heureux des enfants et le jeu de l'enfant qui s'excite de façon compulsive et qui semble au bord d'une expérience instinctuelle". On peut interpréter le jeu heureux d'un enfant en terme de pulsion instinctuelle. A un moment donné, l'adulte qui est là ne supporte plus : quelque chose de physique se passe chez l'enfant, qui est insupportable pour l'adulte. L'excitation physique vient troubler le jeu qui est sublimé. L'enfant qui va pas bien se laisse dépasser par les excitations physiques dans un jeu où les pulsions devraient être sublimées. Il existe un problème si cela est systématique : la recherche de l'excitation physique passe au premier plan du jeu.

Le jeu permet de voir la question des limites. L'enfant "peut jouer sans se sentir menacé par un orgasme physique d'excitation locale".

Au contraire, les "enfants déprivés" d'après guerre, avec des tendances antisociales ou les enfants qui ont des troubles de l'humeur, ne trouvent pas de sublimation dans le jeu. Il n'y a pas de possibilité d'accéder à l'activité fantasmatique.

En conclusion, pour Winnicott, la capacité d'être seul est un signe de maturité affective.

Il définit en terme de relation au Moi, la relation particulière entre le petit enfant et sa mère. Petit à petit, l'enfant est capable d'édifier sa personnalité et d'être seul (le mère ne doit pas être anxieuse quand elle s'absente).

La compliance : dépendance et prise de médicaments.

C'est la façon dont un patient est capable ou non de prendre son traitement.

Le patient évoque souvent ses difficultés à suivre son traitement avec des personnes non responsables de ce traitement. Et contrairement au médecin, le psychologue entend différemment : pourquoi son traitement le gêne ? Il faut répondre à cette demande, le patient sait bien que le psychologue ne s'occupe pas des médicaments : ne pas se retrancher derrière son identité de psychologue. La réponse inadéquate est : "ce n'est pas moi qui m'occupe de cela". Le patient demande quelque chose... d'autre.

Le psychiatre traitant lui impose un traitement, mais il peut aussi ne rien prescrire.

Le patient, par là, veut nous parler de la relation avec son psychiatre. A travers le médicaments, il nous parle de son mode de relation par rapport au psychiatre.

Par rapport aux maladies organiques graves. Un patient ne va pas se plaindre de son traitement à son oncologue, mais à un psychiatre.

Pour un patient psychiatrique, lié à toute une équipe de soin, les infirmiers vont être interrogés par rapport à son traitement.

Car l'observance du traitement est fondamentale. Un patient qui ne prend pas son traitement présente des risques : décompensation ou rechute possible.

Faut-il que la pluridisciplinarité réunie en synthèse ait une position commune ?

L'agressivité envers le corps soignant est déplacée sur le médicaments.

Cf. FREUD : l'oubli.

Il s'agit de faire du patient le moteur de la prise du traitement. Aujourd'hui, le patient veut savoir quelque chose de sa maladie. C'est l'éducation au traitement, un dialogue à propos des troubles et des questions que peut se poser le patient. Il est important de mettre des mots sur ce qui se passe, ça permet au patient d'avoir confiance en lui. C'est ça la relation soignant-soigné (le patient peut aussi s'occuper de son médecin).

Pour une PMD, un risque ne peut être pris que si la relation patient-médecin est suffisamment étayée. Question de la prescription du Théralite (lithium) : créateur qui se sent terne...

Film "vivre en ville" : éducation à la prise de traitement. On organise des groupes de malades pour la préparation à la sortie : qu'est ce qui va se passer ? Importance de la vie quotidienne dans le soin.

Suicide de l'enfant et de l'adolescent ; question de la prévention.

La prévention fait partie de la santé publique. L'état vaut baisser le nombre de suicide !!! Il n'y pas pas de santé publique de l'inconscient.

Mais, si l'on met tout en protocole, on obtient une médecine de la maladie, et non pas du malade.

Nous sommes préoccupés d'un patient, c'est à dire une médecine du malade. On ne peut s'occuper du suicide et des conduites suicidaires que si l'on écoute l'histoire du sujet, l'histoire collective et l'histoire du sujet au sein des générations auxquelles il appartient.

Quelle est l'identité professionnelle de ceux qui proposent une action ? A qui ? Dans quel but ?
= Tout le corps social est concerné.

L'adolescent traverse des états où il a besoin de changements. Il est déprimable, parfois de façon très fugace. Il ressent des états d'inquiétude, parfois un sentiment d'impuissance. Quand il voit quelqu'un il met souvent en avant des problèmes somatiques.

Lutte contre cette dépression qui l'envahit :

- conduites addictives
- conduites agressives
- conduites d'excitation

Ce sont des cliniciens, et non pas des professionnels de la prévention qui doivent faire ce travail. La prévention est une activité clinique complexe, à l'interface de plusieurs champs, qui nécessite :

- la connaissance de la dynamique d'un groupe
- l'expérience de la thérapie et du soin
- l'expérience de la pédagogie

Le suicide n'est pas une maladie : en dessous l'acte, il y a des troubles.

Une conduite suicidaire est une conduite anormale ; elle suppose un conflit. C'est une conduite trans-nosographique qui se rattache à des entités psychiatriques connues.

C'est un acte qui émerge brutalement, parce qu'il n'y a pas de parole, pas d'élaboration. Le suicide surgit dans un moment où il n'y a pas d'élaboration possible.

Une conduite suicidaire peut être l'essentiel de la pathologie, ou se situer dans un environnement donné, dans son aspect réactionnel. Elle recouvre des états complètement différents, de gravité différente. Un scénario suicidaire mis en acte se retrouve dans une pathologie grave. Lorsque le sujet n'a pas envie de mourir, on parle de conduite parlée et réactionnelle (c'est l'exemple de

l'adolescent qui veut vivre autrement, se séparer de cet environnement là, se réapproprier son propre corps).

160000 à 200000 TS.

(Chez l'adolescent, il y a 50 fois plus de TS que de morts par suicide)

En France : 12000 morts par suicide / an (20 / 100000 habitants)

dont 835 adolescents (entre 15 et 24 an)

A Paris : 3 à 5 (14 à 18 ans) ; 15 à 20 (18 à 25 ans)

En France, il y a deux fois plus de suicides qu'en Angleterre et qu'en Espagne.

Les actions à mener sont fonction de cette réalité là.

Unité mobile d'intervention dans les écoles, composée de quatre professionnels pour 4000000 personnes (enfants, étudiants, profs).

Histoire de l'adolescent, de la famille, de l'institution. Etait-ce possible de dire quelque chose avant ? Certains suicides sont masqués ou maquillés.

La TS est une violence que le sujet se fait à lui et aussi au groupe. Une TS fragilise l'environnement, le taux de suicide devient alors plus élevé (cf. Les épidémies suicidaires). Il y a un travail clinique à faire dans l'environnement après le suicide d'un adolescent.

Comment va-t-on repérer les lieux et les environnements à risque ?

Prévention : qui demande à qui de ne pas se suicider !!! L'adulte à l'adolescent qui est justement en révolte contre son environnement. Ainsi, l'action médiatique aurait justement l'effet inverse.

Prévention primaire =

Action dans un groupe social, mais pas en réponse à une demande spécifique.

Prévention secondaire =

Travail avec quelqu'un qui est suicidant, qui vient de passer à l'acte. le contact est important pour permettre à la personne de consulter quand il en a envie ; "j'aimerais vous revoir". Il s'agit de faciliter l'accès aux soins pour l'adolescent en souffrance.

Prévention tertiaire =

Concerne le travail qui doit être effectué dans un environnement qui est touché par la mort de l'un des leur par suicide.

La consultation thérapeutique selon Winnicott.

1- La prise de rendez-vous :

- en cabinet privé :

C'est le plus souvent la mère qui appelle ; la consultation commence dès ce premier contact, il faut donc être disponible dès ce moment.

Il faut s'assurer que le parent a dit à l'enfant qu'il veut consulter avec lui un psychologue.

Prévoir environ 1h30 pour le premier rendez-vous (1h15 d'entretien + 15 minutes pour prendre des notes).

S'il y a eu une discussion au téléphone, il faut également prendre des notes sur ce premier contact.

Savoir : qui les a orienté vers ce cabinet ? L'enfant a-t-il été préparé ? .

Il est bon qu'il y ait eu un temps de réflexion.

- en public :

Tout dépend de la structure : CMP, CATTP, CMPP... Il y a dans certaines institutions des obligations : rencontrer en premier une assistante sociale...

Ce n'est pas facile pour une famille d'aller consulter un psychologue ; donc, il faut faciliter cette rencontre, et permettre à la famille d'exprimer son malaise tout de suite.

2- La consultation elle-même :

Cf. Winnicott.

On ne peut pas proposer un traitement psychanalytique à tous les enfants. De même, au cours d'une première consultation, on ne peut pas décider d'une thérapie. Il faut laisser le temps, afin de bien évaluer les troubles et de laisser le patient réfléchir.

Au bout de deux trois entretiens, on peut émettre un avis fiable, et on provoque moins de culpabilité chez les parents.

Ensuite, on peut orienter l'enfant.

Si on reçoit les parents, il faut mettre l'enfant au courant et lui expliquer.

1er temps : On reçoit les parents et l'enfant. C'est l'explication de la demande de consultation ; on voit qui est à l'origine de cette demande.

2ème temps : Les parents sortent, on reste en tête à tête avec l'enfant, pour parler d'un prochain rendez-vous.

3ème temps : les parents reviennent, on fait le point.

La consultation doit être un "échange libre".

Exemple :

Une petite fille très angoissée, 10 ans 1/2. Elle vient d'un milieu de musiciens. Elle a des tics gênants : se gifle trois fois de suite, ou se donne des coups, ou inspire bruyamment trois fois... Elle commente ses tics.

Les tics :

Selon M. KLEIN, ils sont liés à la castration, à la masturbation. Reproduction dans les rituels de la scène primitive.

L'obsession :

Elle provient de pulsions sadiques non intégrées, non intégrables pour l'enfant. Elle effectue des rites conjuratoires contre une agressivité qu'elle ne peut pas se permettre d'exprimer.

Phobie du sommeil, de la nuit (rituel de la chanson pour s'endormir) : fantasmes de la scène primitive.

L'inhibition :

C'est un hypercontrôle affectif, du à la crainte de ses désirs obsessionnels.

3- La question de l'identification

Le thérapeute doit pouvoir s'identifier au malade, sans perdre sa propre identité.

Le thérapeute doit être capable de supporter les conflits du patient ; les tolérer en attendant qu'ils se résolvent. Il ne faut pas éprouver d'angoisse si les symptômes ne disparaissent pas.

Le thérapeute doit accompagner.

Il n'y a pas de système de pensée qui donne une clé, une solution toute faite. Il est nécessaire de pouvoir écouter le patient sans avoir un système fixe en soi.

Lorsqu'un traitement est mis en place avec un patient, celui-ci dure longtemps. Pendant ce traitement, le thérapeute peut être mis à l'épreuve, peut avoir des difficultés, mais il doit rester opérationnel et professionnel avec ses patients.

Le thérapeute ne doit pas mentir à ses patients, mais il ne doit pas non plus tout dire.

La consultation thérapeutique répond aux besoins de l'enfant lorsqu'il vient consulter : ce n'est pas la technique psychanalytique, il existe donc une grande souplesse.

4- La technique de la prise de notes :

On peut prendre des notes, mais en petite quantité afin de ne pas gêner l'entretien.

Les trois premiers entretiens avec le patient doivent être travaillés à fond. Après que le patient soit parti, il faut écrire immédiatement, rédiger (sur une feuille sur laquelle on laisse beaucoup de place libre pour pouvoir rajouter). Il faut travailler immédiatement dessus.

Ensuite, on pourra reprendre le travail, lorsque toutes les infos auront mûries en nous, que la réflexion aura fait son chemin petit à petit.

Ces documents peuvent servir plus tard, au cours du traitement, lorsque celui-ci est beaucoup plus avancé.

5- Le Squiggle :

Il peut être utilisé de manière souple, avec des variantes. C'est avant tout un moyen d'entrer en contact avec l'enfant.

C'est une dynamique, un moyen de faire naître le cas à la vie.

Ensuite, on propose à l'enfant de les montrer aux parents, ou de les cacher, ou d'en montrer qu'un...

Ce dessin peut être un point de départ de discussion avec l'enfant ; ou avec l'enfant et les parents. Il permet l'intimité et la confiance entre l'enfant et le thérapeute.

Ex : inventer un texte à partir de fragments de phrases.

1- ressembler à

2- permettre à l'autre d'être dans une quelconque mesure soi

3- ce n'est pas devenir l'autre

4- c'est périr avec lui deux fois, et deux fois vivre sa mort à travers le lien subjectif.

Et par ailleurs, comme si, appliqués à atténuer nos différences, nous prenions soudain par le biais insidieux de la ressemblance, une conscience accrue de notre insupportable solitude.

6- Le dessin :

La question de montrer le dessin : Il faut faire attention à ce que l'on dit ; ne pas dire trop de chose. Les parents pourraient abuser de la confiance que le thérapeute leur témoigne, sabotant le travail qui dépend de l'intimité entre l'enfant et le thérapeute.

Les parents ou le pédiatre disent à l'enfant à leur manière ce qu'est un psychologue. Le temps qui s'écoule a son importance : l'enfant y aura pensé. On retrouve parfois le "rêve du docteur". Déjà un travail s'est installé. Winnicott

disait "qu'il jouait le rôle d'objet subjectif" : "je collais à une notion préconçue".

Ce sont les premiers entretiens qui permettent d'entrer en contact avec l'enfant. Winnicott utilise le terme de "sacré". C'est un moment qui peut être saisi, et alors la confiance de l'enfant est renforcée, ou perdue. Ces premiers entretiens sont parfois la préparation d'une psychothérapie plus intensive, avec le même thérapeute ou avec un autre. Il s'agit de donner un avis, on prépare l'enfant à aller voir quelqu'un d'autre. Il s'agit de trouver la confiance de l'enfant, et être aussi capable de dire : "c'est quelqu'un d'autre qui va s'occuper de toi".

7- La capacité familiale à travailler :

Dès les premiers entretiens, il faut évaluer la capacité et la qualité de l'entourage.

Deux situations :

La famille est un environnement stable, chaleureuse, "socialement normale". Il faut que la famille soit capable de supporter les changements : "je peux compter sur la famille".

“Je ne peux pas compter sur la famille”.

Dans le deuxième cas, on peut proposer à l'enfant un “hamac institutionnel”, un aménagement thérapeutique qu'avec une famille socialement normale. C'est le cas par exemple des enfants transportés, pour lesquels leur histoire comporte des failles : quels sont alors les repères que l'enfant peut avoir ? Cela peut parfois aller jusqu'à l'hospitalisation de jour, avec une personne repère.

On ne devient clinicien que si l'on a en soi une référence à une théorie du développement.

Évoquer le projet avec les parents permet de poser le cadre, et cela à l'issue de quelques consultations. Attention, il ne faut pas culpabiliser les parents, tout en leur faisant comprendre l'indication.

Parfois, l'enfant est le symptôme d'une difficulté familiale : l'enfant va bien, mais c'est la famille qui va mal. L'enfant est alors un prétexte pour venir en consultation. On le montre comme un objet, comme le malade du groupe, mais en réalité, c'est la groupe qui est malade.

Faut-il dire aux parents ce que l'on comprend de l'entretien ? Attention à la jouissance interprétative. Il faut savoir attendre, dire les chose au moment où elles peuvent être reçues.

Ce qui prime, c'est la confiance que la famille va nous porter.

Parfois, il faut reconnaître que l'on s'est trompé lorsque l'enfant nous corrige. On ne se sert pas de l'enfant pour asseoir une théorie ou se rassurer sur ses capacités professionnelles.

L'ennui dans la clinique

étymologie :

Du latin *in odio esse*, c'est à dire être un objet de haine.

Cela désigne l'agressivité retournée contre lui-même du sujet qui s'ennuie.

"L'ennui est en relation avec des représentations de scènes primitives sadiques et lié à des fantasmes d'attaque des deux parents dans leurs activités sexuelles et créatrices".

En allemand = *Langweilig*. C'est l'évocation d'un moment qui est long. C'est en relation avec le vécu temporel et introduit la notion du temps qui s'écoule trop lentement.

Exemple des adolescents qui souffrent de la monotonie avec des événements répétitifs, des absences de stimuli, l'incapacité d'investir des stimuli. L'hypothèse est que peut-être tout stimuli lui semble alors trop proche du fantasme refoulé. L'ennui fait écran au fantasme "sous cutané".

L'ennui submerge le sujet : il est dans un état d'inhibition affective et intellectuelle. L'ennui chez l'enfant ou l'adolescent n'est pas pathologique, il fait partie du développement, de la maturation. Cf. P. MALE : "La morosité de l'adolescent".

L'ennui est un état d'attente, mais en même temps l'incapacité à supporter cette attente. Cf. "Dépression phobique".

Exemple des écrivains qui ont des périodes d'ennui, signes d'un échec à la sublimation. Ils écrivent alors sur l'ennui : Chateaubriand, Baudelaire, Mallarmé, Duras, Moravia...

FERENCZI décrit une pathologie particulière : les gens qui ne sont bien qu'au travail, les "névrosés du dimanche". C'est le besoin en permanence de faire quelque chose d'organisé, le besoin d'actes.

Le travail de deuil

Dans tout entretien clinique, il y a une période où le patient se souvient d'une perte, d'un deuil d'une personne. Il s'agit de faire attention à cette description de l'état affectif suite à la perte d'un être cher.

Les deuils ne sont pas les mêmes suivant les personnes.

Cf : délire érotomanique (risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif). Pour se sortir d'un délire érotomanique, il faut se servir de la loi ; il faut faire appel à un tiers pour sortir d'une relation à deux.

Cf. Nanterre

= Pathologies graves, il faut prévenir les soignants d'un état érotomane, suicidaire, agressif latent.

1- Le deuil

Il est lié à une **perte réelle** ou au **sentiment d'une perte**.

C'est l'état dans lequel nous sommes après la perte d'un être aimé. Il y a un travail pour sortir de cet état ; quand on est en deuil, on est en changement.

Nous sommes attaché à notre entourage = **position libidinale**. Quand ces gens qu'on aime disparaissent, il faut amener en nous et aboutir à un **vécu intérieur de séparation**. Chaque séparation se termine dans un deuil.

= état où l'**aspect psychique concerne le subjectif** (le deuil est tourné vers l'état dans lequel on est soi-même, et pas vers ce que va devenir l'objet perdu).

FREUD =

- *Deuil et Mélancolie*

- *Manuscrit G*

- *Études sur l'hystérie*

- *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort* :

Question de l'**ambivalence** : toutes les relations objectales tendres sont aussi infiltrées de possibilités d'agressivité.

Inconsciemment, on souhaite aussi la mort de ceux que l'on aime (coexistence d'agressivité et d'amour).

Durant le deuil, il peut y avoir une culpabilité.

La perte d'une personne aimée se vit dans la dépression : désinvestissement progressif des liens libidinaux qui unissent l'endeuillé au défunt.

Le deuil peut toucher :

- une personne à la personnalité normale

- une personne à la personnalité pathologique, ayant une maladie mentale. Ces personnes vont présenter des deuils difficiles en fonction de leur pathologie. Mais ce ne sont pas des deuils pathologiques.

Un **deuil pathologique** est un deuil qui constitue à la fois le début apparent d'une affection mentale et qui débouche dans une affection mentale. La personne jusque là n'avait jamais été malade. Ce deuil conduit à un état névrotique ou psychotique : il est à l'origine de la décompensation.

Un **deuil compliqué** est un deuil qui ne se termine pas dans une maladie mentale, mais qui ne se déroule pas comme un deuil normal. Les phases du deuil normal ne sont pas respectées.

2- Le deuil normal

Quand il y a une perte, c'est normal qu'un deuil s'en suive.

La personne est **triste** ; l'absence d'affliction est mauvais signe, est anormale. Par l'intermédiaire de la **dépression**, le deuil peut exister.

M. KLEIN dit que quand on vit le deuil, on est malade, on est pas dans un état normal : c'est normal de ne pas être normal lors du deuil !

L'état dépressif va être **passager**. A son terme il n'y aura :

- ni pathologie mentale
 - ni trouble psychosomatique
 - ni maladie somatique
- = Suite au deuil, la personne retrouve l'état précédent son deuil.

Le deuil se fait en trois périodes :

1) détresse physique et psychique.

Sidération, choc. C'est une phase brève.

+ Tout d'abord, il existe un **déni** : "ce n'est pas vrai". Ce déni est normal à condition qu'il soit bref (max. qqs heures). On se dit que ce n'est pas possible.

+ Des **manifestations émotionnelles** apparaissent, avec parfois des **états somatiques aigus** (crise d'angor, crise d'asthme...)

- troubles du sommeil
- troubles de l'appétit
- sensation de fatigue
- pleurs, cris.

C'est à partir des pleurs que commence le travail de deuil.

+ On retrouve une **impression d'irréalité du monde**, une perte du sens. (grande crise d'angoisse qui peut conduire à une consultation médicale).

= Cf. question de l'acceptation ou de l'inacceptation de la mort de l'autre.

2) Dépression réactionnelle :

(dépression majeure / dépression réactionnelle)

- + **humeur triste**, douleur morale
- + **perte de l'intérêt** pour le monde extérieur.

- + perte de la capacité d'avoir des relations affectives ; **perte de la capacité d'aimer**.
- + **Ralentissement** ; inhibition.

Ces 4 termes ont été donnés par FREUD pour définir la dépression et l'état mélancolique. La personne est envahit par l'idée de mort (dans les rêves, les fantasmes... Attirance pour ce qui est lié à la mort de l'autre) ; ceci est réactionnel à la perte.

- + sentiment de **culpabilité**
- + **agressivité** et hostilité par rapport à ceux qui sont vivants.

Travail de deuil :

Désinvestissement libidinal de l'objet perdu. Il demande du **temps** (se compte en mois ou en année), il porte sur chaque souvenir qui émerge en nous. Le temps de ce travail dépend de l'**attachement** à la personne disparue et du **fonctionnement de la personnalité** de l'endeuillé. Normalement le temps fait avancer le travail de deuil, le deuil normal ne dure pas des années. La durée du deuil est également fonction des familles et des traditions.

La **séparation psychique** qui se fait au travers de la dépression se fait grâce à l'**intérieurisation de l'objet disparu et de la relation objectale**. On sait que l'autre n'est plus là, mais on le garde en nous.

Quand on est lié à quelqu'un, on éprouve pour lui de l'amour et de la haine : c'est l'**ambivalence**. Durant cette période de choc, l'ambivalence est plus prégnante et plus difficile à vivre.

3) L'adaptation :

L'endeuillé pense sans cesse au passé et au mort ; il parle à l'imparfait, et presque jamais au futur. L'endeuillé n'a pas d'intérêt pour le nouveau.

Suite à un deuil, l'intérêt réapparaît et l'humeur triste disparaît, et la vie sociale reprend. Le sujet parle de l'épisode dépressif au passé. (certains font même un état hypomaniaque). Réaction d'euphorie, la personne se sent libérée, libérée du travail de deuil.

Un deuil normal ne nécessite pas la prescription d'anti-dépresseurs ; on peut prescrire un anxiolytique ou un hypnotique pour dormir, mais pas plus.

Devant quelqu'un qui délire à cause d'un deuil, on donne des antidépresseurs, car le délire est du à la dépression. Mais pas de neuroleptiques, ou très peu. Le but n'est pas de faire disparaître le comportement délirant : il s'agit d'un délire protecteur. Si on le fait disparaître à l'aide de neuroleptiques, la dépression risque d'apparaître avec des risques de passage à l'acte, suicidaires, par exemple.

3- Le deuil compliqué

Il s'agit d'un deuil dont le déroulement s'écarte de la chronologie habituelle du deuil. C'est un état clinique de moins grande performance, mais pas de véritable maladie (n'aboutit pas à une pathologie mentale). L'équilibre est moins bon que avant le deuil.

Il existe un blocage du travail de deuil ; c'est une temporisation (délai, retard). Les patients comprennent que leur état ne correspond pas à ce qu'il devrait être : absence de quelque chose qui devrait se faire.

Ils désirent tellement que l'autre soit en vie, qu'ils le croient : "psychose hallucinatoire du désir". Le déni qui existe doit petit à petit être attaqué, le temps doit venir abîmer cette laque pour la détruire. Sinon cela peut finir en délire, dans le sens où il continue à nier la disparition de l'autre.

Il s'agit de faire la différence entre :

- le fait de savoir que l'autre est mort
- être capable d'éprouver ce que je ressens lorsque j'apprends que l'autre est décédé (colère...). Cf. "Absence of grief" (absence d'affliction).

Il faut entendre du patient ce qu'il éprouve, parler de la réalité intérieure de la perte. Si cet éprouvé est nié, on trouve d'une part l'équivalent du savoir = négation de la mort de l'autre. Et à l'intérieur "je ne ressens pas" = négation de l'affect douloureux, déni de la réalité interne de la perte, donc pas de possibilité de deuil.

Au moment précis du deuil, on voit apparaître des manifestations d'atteintes du corps, comme réponse systématique à un événement traumatique psychique (dans l'heure ou les jours qui suivent). Par exemple, des hyperthyroïdies aiguës, des crises d'asthme, des infarctus, des polyarthrite rhumatoïde, des recto colite hémorragique...) Dans ce cas, un abord possible est la relaxation de type psychanalytique.

On trouve dans le deuil compliqué, une exagération de l'intensité des phénomènes psychologiques qui se déroulent au cours d'un deuil normal :

- une dépression profonde
- une agressivité (qui a un lien avec le vécu de culpabilité)

Les patients sont envahis par des idées de mort très actives, qui vont conduire à des tentatives de suicide.

(Attention : différencier un suicide survenant sur une pathologie de la TS d'une personne en crise).

Après un décès, il faut différencier :

- Les idées de mort, qui sont normal : parler de la mort fait partie de la vie.
- Les idées de mort pour soi, c'est à dire l'idéation suicidaire, qui ne sont pas normal (état dépressif). Pour rejoindre l'autre ? Parce que je ne peux pas

me séparer de la personne qui a disparu.

Le projet suicidaire : entendre le passage de l'idéation au projet. IL existe un problème de responsabilité face à un tel projet : c'est une urgence psychiatrique (on ne laisse pas partir quelqu'un chez qui on a entendu le projet suicidaire).

"L'intériorisation de l'objet et de la relation objectale est compliquée par l'importance de la régression liée à la douleur du deuil. La relation objectale intériorisée régresse à l'identification" (vouloir être mort comme l'objet)

FILM : "Le rêve de Nina" : travail psychique de groupe face à un événement traumatique.

FILM = question du déprimé et de la dépression.

En clinique, le diagnostic de dépression se fait avant que la parole soit émise, en terme de cinétique corporelle. Comment le patient s'est mis à bouger, perception objective et subjective qu'on a sur son patient. Ensuite le diagnostic se fera également sur la parole.

Façon dont le sujet peut s'**identifier aux symptômes** que la personnes morte avait avant de disparaître.

Le sujet est coléreux, parfois agressif : l'agressivité se retourne parce qu'il ne peut pas exprimer sa colère à l'égard de l'autre ; elle se retourne en terme de **culpabilité** (le sujet s'en veut d'être en vie) et en terme **d'agressivité** envers les autres (il leur en veut d'être en vie). Le sujet cherche à se punir de l'agressivité qu'il éprouve pour la personne disparue. L'agressivité s'associe à des auto-reproches permanents.

Si, avant la mort, de l'agressivité et des fantasmes de mort existaient déjà ; lorsque la mort survient, on retrouve l'éprouvé d'une certaine satisfaction, d'un accroissement libidinal. Cela conduit le sujet à se reprocher cet accroissement libidinal après la mort de l'objet (victoire symbolique de l'agressivité).

Le deuil compliqué concerne ainsi des personnes dont le deuil dure des années, qui **restent en deuil**. Il n'y a pas de pathologie psychiatrique, mais une **limitation du Moi**, de la sphère relationnelle, de la vie quotidienne.

Notion de "l'entre deux"

4- Le deuil pathologique :

pourquoi un deuil peut devenir pathologique ?

1) Les facteurs occasionnels :

+ Caractère **dramatique**, macabre des circonstances du deuil.

+ La mort est imprévisible, brutale, **inattendue**. Ce qui rend le deuil plus difficile.

+ Le deuil est également plus difficile si l'**objet perdu est jeune**.

+ De même lorsqu'il frappe un **objet œdipien** (une femme perd un père ou un fils ; un homme perd sa mère ; un enfant perd son père...)

2) La personnalité de l'endeuillé

3) La relation objectale :

Liens entre la personnalité de la personne en deuil et la nature de sa relation objectale.

La suite du deuil est fonction du mode de relation à la personne, la façon dont le Moi va récupérer la mort de l'autre, fonction de la relation objectale.

Le deuil maniaco-dépressif

Le sujet n'avait pas de pathologie ; il réagit à un deuil par un deuil mélancolique.

Selon ABRAHAM, la mélancolie est un deuil archaïque (le mélancolique est en deuil à travers la dépression).

La dépression du deuil n'est pas très différente de la dépression mélancolique, si ce n'est que FREUD évoquait la "diminution du sentiment de propre estime" pour la mélancolie. Toujours on retrouve dévalorisation de soi et des autres, mais dans la mélancolie, il existe une dépréciation très profonde : le sujet se critique de façon implacable.

Deuil et mélancolie sont deux états de perte objectale qui obligent le sujet à vivre la séparation.

- Dans le deuil, on sait qui on pleure (ou du moins on croit savoir). Et dans la réalité, on est pour rien à la perte de l'autre, sa mort n'est pas de notre fait.
- Dans la mélancolie, le Moi n'a pas conscience de ce qu'il a perdu (A quoi le sujet réagit-il ?). De plus, c'est le moi qui quitte son objet, qui ne peut plus aimer l'objet : le sujet a un rôle dans l'état dans lequel il est. La séparation est inconsciente.

Dans le deuil mélancolique, l'accès mélancolique survient au décours d'un deuil chez un sujet qui n'avait jamais eu de troubles de l'humeur (de pathologie psychiatrique de type maniaco-dépressive).

La difficulté est qu'ils peuvent se tuer eux-mêmes. Cf. NACHT et RACAMIER : "le suicide est la seule possibilité de meurtre sans risque de rétorsion" (culpabilité, agressivité, auto-agressivité).

5- La séparation de l'objet :

Pour se séparer de l'objet, continuer à vivre, le sujet va mettre l'objet à l'intérieur de lui-même : c'est **par intériorisation de l'objet que nous pouvons le quitter**. "Je ne peux quitter l'objet qu'en le mettant à l'intérieur de Moi".

On trouve dans le deuil normal cette simple **intériorisation**.

Dans les deuils compliqués et pathologiques, l'**intériorisation** s'associe à

une **identification**, plus ou moins durable, avec l'objet perdu.

Identification =

- C'est un processus par lequel une personne étend son identité jusqu'à l'intérieur de quelqu'un d'autre ;
- emprunte son identité à quelqu'un d'autre ;
- établit la fusion ou la confusion de son identité avec celle de quelqu'un d'autre.

Intériorisation =

Mot souvent utilisé comme synonyme du terme introjection.

On réserve l'intériorisation pour décrire le processus par lequel les objets du monde extérieur acquièrent une représentation mentale permanente, comment ce qui est perçu est en quelque sorte converti en image qui meublent notre esprit et font partie de notre structure mentale.

Introjection =

Processus par lequel les fonctions d'un objet externe sont reprises par sa représentation mentale.

Processus par lequel la relation avec un objet "du dehors" est remplacée par une relation avec un objet imaginé "au dedans".

Ce qui succède à l'introjection est l'établissement d'un objet interne (cf. objet introjecté).

Le deuil hystérique :

L'activité fantasmatique de l'hystérique est un mode d'intériorisation de l'objet.

Les **identifications** de l'hystérique sont :

- partielles
- nombreuses
- superficielles
- labiles

En deuil, l'hystérique va **s'identifier au défunt** ; cf. adoption des **symptômes de la personne morte**. L'hystérique va éprouver les douleurs qui étaient celles exprimées par la personne morte : revivre la maladie du défunt, c'est comme si il n'était pas mort.

La question de la mort leur est posée brutalement ; l'hystérique dit qu'elle veut **rejoindre le mort** (TS, se laisse mourir). Il existe en plus une **culpabilité** d'être en vie.

= l'hystérique est en train de **vivre la perte comme un abandon** ; ce vécu fait écho à quelque chose de son histoire. Elle est replacée dans un **vécu de solitude**.

Hypothèse :

= **la question oedipienne n'est pas résolue par l'hystérique**. L'oedipe ne s'est pas posé pour la jeune fille hystérique.

- L'**image paternelle est absente**, inconsistante : il n'est alors pas possible de mettre quelque chose d'oedipien en place.

- ou **trop plein** : le père est dans une **relation presque incestueuse** avec sa fille, il n'y a pas de relation père / fille.

- ou la **mère ne permet pas l'accès au père** ; il y a une identification agressive à la mère.

Dans tous ces cas, la question oedipienne n'a pas pu être posée. L'hystérie est une sorte de "*deuil oedipien pathologique*".

(Toute réalisation sexuelle adulte est difficile à vivre pour l'hystérique).

Le deuil hystérique est marqué par :

- **des symptômes somatiques**
- **une dépression intense, longue**
- **des périodes d'anorexie.**

**Fantasmes
identification
conflit oedipien**

Le deuil obsessionnel :

Questions de la relation objectale, de la perte, de la mort.

Chez l'obsessionnel :

- **toute puissance de l'agressivité et de l'ambivalence.**
- **toute puissance de la pensée.**

L'obsessionnel est **économe de sa libido**, il gard tout à l'intérieur, limite ses investissements.

Il est **sadique**, dans le sens où il fait vivre l'objet puis le tue en permanence.

Il est obligé d'effectuer des actes, des **rites** pour se désangoisser. (le symptôme est un compromis entre désir et réalité).

L'obsession est la **dénégation d'un souhait de mort**. ressenti d'agressivité pour l'autre et pour lui-même ; il est concerné par la mort de l'autre, et par sa propre mort (cf. rêves macabres).

Il existe un **surmoi implacable** qui explique l'**intensité de la culpabilité**.

Il sait que l'autre est mort, mais avant, **il a souhaité la mort de l'autre** : *j'ai souhaité la mort de l'autre ; il est mort ; c'est la réalisation de mon désir et ses conséquences.*

Il accepte la réalité, c'est à dire qu'il n'y a **pas de prolongement du déni**.

Il existe également une **identification du désir de mort** : rejoindre l'objet perdu, mais ici, en relation avec la toute puissance de la pensée, pas comme l'hystérique.

- **L'état dépressif** est prolongé, le deuil est plus long que les autres
- **intensité de la culpabilité**
- **désir de mort**
- problématique obsessionnelle de **reproches**.

RMQUES : attendre que la perte apparaisse dans l'entretien (cf. déménagement... qui permettent de cheminer vers d'autres pertes.

Que se passe t'il quand le sujet est dans un état de perte ? Quels sont ses façons de se défendre ?.... Parfois la capacité même du travail est reise en question (quand jamais eu de dépression).

La relation soignant-soigné

Mickael BALINT : psychanalyste hongrois, mort en 1971.

“Le défaut fondamental”

“Le médecin, son malade et la maladie”

Il travaille avec des médecins généralistes et des assistants sociaux en groupe (8 à 10 personnes). Les médecins parlent d'un patient qui leur pose problème pendant 1/4 d'heure. (Les pédiatres disent, que depuis qu'ils parlent à quelqu'un d'autre, les mères appellent moins la nuit).

Son travail est poursuivi par Michel SAPIR

On observe un changement limité mais considérable sur la personnalité du médecin (pas vraiment d'étanchéité moi personnel / Moi professionnel).

= technique de travail + ce que nous sommes dans la façon dont on entre en contact avec un malade (Hair, c'est déjà être capable d'entrer en relation avec l'autre).

Termes d'attitude (patient-médecin) et de contre-attitude (médecin-patient), qui sont différents du transfert et du contre transfert du cadre analytique. Le médecin est un technicien, mais pas seulement !

Groupes Balint = groupe multidisciplinaire de soignants.

Des psychiatres et des psychanalystes créés les journées de travail d'Annecy.

Il n'y a pas de relation sans mise en question du corps de soi et du corps de l'autre : importance du corps dans la relation de soin (avant même qu'on parle, on voit : c'est déjà la relation). voix / corps / odeur.

France, dans les années 75 - 85.

Groupes animés par un couple hétérosexué ayant une formation analytique. (petit groupe = 8-12 ; moyen = 25-40 ; grand = 75 et +) Salle avec chaises en cercles concentriques. Balint faisait des petits groupes, même avec des observateurs autour, mais qui ne participaient pas au groupe.

Cf. BION : “la dynamique des groupes restreints”.

En 72, groupe central avec des cercles autour (environ 100 personnes). On assiste à un changement de méthodologie, le groupe est ouvert à tous les types de soignants. Une personne du groupe raconte un cas, et tous ceux du grand groupe peuvent intervenir.

On ne peut pas faire de groupe Balint avec des gens travaillant dans un même service ; clinique relationnelle en dehors du lieu de soin.

Cas audio :

Liberté de parole ; tolérance du groupe. Écouter les choses qui se répètent (phrases choquantes qui dans la clinique ne sont plus choquantes).

Question de la distance : jusqu'où peut-on aller dans la relation avec le patient ?

L'entretien avec un malade difficile

C'est-à-dire devant lequel on n'est pas à l'aise, qui peut nous faire peur (exemple de la lettre)

- Question de départ : comment la personne a eu vos coordonnées ? Si la personne n'a jamais été vue avant, passer un peu de temps au téléphone, savoir comment la personne est arrivée là.
- Si quelqu'un se trompe, de jour par exemple : pourquoi, qu'est ce qui s'est passé ?
- Parfois, les gens attaquent le cadre même de la consultation ; travailler en face à face la question de l'atteinte du cadre.
- Ne pas permettre au patient d'utiliser le lien téléphonique plutôt que de se déplacer.
- Qu'est ce que nous ressentons devant un patient qui vient pour la première fois ? Prendre des notes sur ce que l'on a perçu. Ecrire ce que l'on a ressenti à propos de l'inquiétude (pour soi, pour lui)
- Entendre la première consultation comme un corps à corps : voix au téléphone, poignée de main, impression physique.
- Si on est rigoureux dans le cadre, les risques de dérapages sont exceptionnels
- Question de l'écrit.
- Risque de suicide ou d'agression chez les érotomanes.
- Etre attentif à un patient qui est centré sur nous, nos sensations et notre corps, qui nous interroge sur nous-mêmes. (ne pas parler de sa vie perso).
- Question de la distance à trouver
- Notion de responsabilité
- Le premier entretien à l'hôpital doit durer au minimum 40 minutes à 1 heure, sinon on peut passer à côté d'une pathologie.
- Cf. délire de filiation. Hypothèse d'un manque de sa propre filiation.
- Discours délirant avec éclosion possible d'acte agressif (problématique de l'identité)
- Quelle est la distance entre le discours du patient et lui-même ? Y adhère-t-il totalement ou non ?

L'examen psychologique : rédaction d'une observation.

- Toujours prendre une heure d'entretien
- Important d'avoir des repères chronologiques
- Savoir par qui est envoyé le patient

- Premier point = anamnèse de la période actuelle.
- Se préoccuper de ce que vit le patient, s'il est d'accord pour parler de lui aujourd'hui.
- Pourquoi le malade entre-t-il ? Les prodromes ?
- Qui a conduit à l'hospitalisation ? (le patient ou l'entourage)

- Parler de l'histoire familiale :
- Est ce que vous voulez bien qu'on parle de votre enfance ? Génogramme pour mieux visualiser la famille et le patient.
- Intervention chirurgicale ou hospitalisation ? Soins psychiatriques ou psychologiques ? CF. Dépressions dans la famille et « lâchages » (périodes de solitude intense ou de séparation).
- Présence ou non d'histoires suicidaires (répercussion du décès par suicide dans la famille).

- Positions sociales de la famille et relations familiales :
- Adolescence = lâchages ? Dépression ?
- Ambiance familiale ?
- École maternelle. Le patient a-t-il parlé tôt ou tard ? Énurésie ou encoprésie ?
- Expériences sexuelle ? (pas de questions sur les pratiques auto-érotiques au premier entretien).

- Question du sommeil :
- Peurs ? Cauchemars ? Bégaiements ?

- Question de l'adolescence :
- Est ce que vous vous souvenez d'un moment où vous avez été heureux ?
- Attitudes et contre-attitudes.
- Evoquer le service militaire (capacité de vivre en groupe, de vivre la hiérarchie, de quitter sa famille).

- Mode de relation que le patient a établi avec nous dans ce premier entretien ?
- Décrire le patient en termes physiques (relation de « corps à corps ») tel qu'on l'a perçu subjectivement.
- Eviter les mots de la psychopathologie pour un généraliste (différent de la lettre au psychiatre, avec de la sémiologie).

Cas Alain :

1979 : consultation avec le père, en même temps, la mère voit un autre médecin.

Première consultation, puis deuxième avec un tiers.

Refuse l'hospitalisation

Se fait des saignées (pour lui différent d'une TS), se sent mieux quand il sent son sang couler.

Passages à l'acte

Dysmorphophobie

Impression que le matin il est un homme et le soir une femme : au niveau du visage.

Demande de chirurgie esthétique

Pendant l'été 1980 : TS, hospitalisation jusqu'en 1981 à l'hôtel Dieu.

Père en psychothérapie, mère aussi

Alain deux fois par semaine

Et réunions le samedi matin avec le père, mère, infirmier, Alain, Windisch et psychologue.

En 1990, Alain saute du 5^{ème} étage, hospitalisation à la Salpêtrière (coma).

Question de l'émergence de la psychose

Question des éléments facilitateurs des passages à l'acte

Injonctions paradoxales

Contre-attitude familiale

Quelque chose de l'érotisation entre la mère et le fils qui pose problème

Automutilation et phlébotomie.

Automutilation :

WINNICOTT : « on ne répond pas à un comportement par un comportement, ni à un acte par un acte »

Terme défini en 1973 par CARRAZ et EHRHARDT.

Evoque le retranchement, les coupures violentes et destructrices d'un membre ou d'une partie des chairs d'un individu.

Peut être la répétition de..... qui entraîne des ecchymoses, des érosions sur le corps.

Elle conduit à l'impuissance d'une équipe de soins.

L'acte qui surgit chez quelqu'un qui n'a pas la parole est différent de celui qui l'a.

« auto-cogneurs » ; « auto-cogneurs ». Aspect....., geste auto-..... qui ne suppose pas une intentionnalité.

La question de l'acte pose la question du sens. Est-ce qu'il existe vraiment un sens ?

Ce sont des pratiques répétitives non verbalisées et qui n'impliquent pas une finalité ou même une représentation chez son auteur.

On voit des actes auto-mutilatoires dans des situations particulières, chez des personnes confrontées à une situation angoissante proche de la mort (asile, prison, chez les militaires...).

Aussi chez les déments, les déprimés, pervers et dans les bizarreries schizo-phréniques.

= Dans quel contexte cela a-t-il eu lieu ? Le patient a-t-il fait des commentaires ? (si oui, il y a une représentation mentale).

TS différent de l'auto-mutilation.

Question du plaisir, de la jouissance et du masochisme : « la douleur physique atténuée la douleur morale ».

« Je me cogne pour me sentir »

L'enfant qui s'auto-cogne est dans un vide de sensations physiques (besoin que la douleur soit localisée).

Après le passage à l'acte = soulagement.

L'angoisse est liée à la perte imminente de l'hébergement (le corps ne peut plus contenir l'angoisse).

Besoin de aux autres.

Le passage à l'acte survient quand un obstacle s'oppose à un échange immédiat : nécessité d'immédiateté). Sinon vécu d'anéantissement, donc recours à l'acte.

Pas de douleur au moment de l'acte auto-mutilatoire, mieux vaut sentir quelque chose que rien sentir du tout.

SHERTOK

Il parle d'opérer sous hypnose pour alléger la douleur et utiliser moins de produit (réaction pathologique du corps par suggestion). Par la suggestion, on peut anesthésier une partie du corps, ce qui peut conduire à l'absence de la sensation de douleur = état d'auto-suggestion qui fait que la partie du corps est insensible à ce moment-là.

Idée des orifices et de l'enveloppe : notion d'un intérieur mauvais qu'il faut mettre à l'extérieur (self-outing qui soulage)

(Question des tatouages et des piercings).

Question de l'automutilation et du substitut symbolique de castration en 1935 par Karl MENNINGER.

Parralèle entre automutilation et suicide.

Ce sont des pratiques non verbalisées, répétées chez l'enfant déficient intellectuel.

Automutilation oculaire (psychopathologie du regard) = MARX en 1976.

Même si on ne peut pas interpréter, ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas comprendre.

Trois piliers en psychanalyse =

- transfert
- interprétation
- contre-transfert

L'interprétation permet la perlaboration et donc de poursuivre (différent de comprendre)

Quand l'enfant frappe sa tête contre le mur :

- Qu'est ce qui est frappé : la tête ou le mur ?
- Qu'est ce qu'il fait ? Veut-il porter une attaque à sa tête ou sentir les limites de sa tête ?
- Est ce que il recherche de la douleur ?

(l'institution est un contenant psychique. La question du départ est à travailler avec beaucoup de souci et avec l'ensemble de l'équipe)

- Pourquoi y-a-t'il répétition et excitation ?

Self (WINNICOTT) = la continuité de l'être individuel.

La « ré-union » avec la mère après la séparation à la naissance (importance du lien à la mère).

Cf. Auto-bercement et manque de sensation ; l'enfant n'a pas connu le holding.

En s'auto-berçant, l'enfant devient la mère qui berce et donc il perd son identité. Pour lui, pas d'objet dans le monde extérieur.

Système d'une déprivation relative (bien que vous l'avez privé à aucun sens du terme (pas de culpabilité de la mère), il a néanmoins réagi de son point de vue à ces carences affectives par cette technique. = C'est l'enfant qui réagit à l'angoisse et ce n'est pas la mère qui est responsable.

Mauvaise interaction précoce : détresse mutuelle.

L'enfant a des compétences et provoque chez ses parents des anticipations très précoces.

Quand le bébé pleure, la mère dit qu'il l'appelle et donne ainsi un sens = attitude anticipatrice.

Il faut écouter ce que dit l'enfant et être naïf, s'étonner. À partir de là, un dialogue s'instaure (l'enfant crie et la mère vient) = communication préverbale basée sur un échange d'affect.

Le sensoriel est lié à l'éprouvé.

S'il existe un blocage de l'enfant, ce n'est pas la mère qui est responsable ; sa capacité anticipatoire peut être altérée et entraîner un vécu de détresse chez l'enfant. (hospitalisme).

Importance de la continuité du lien.

Automutilation comme =

- réponse à une frustration.
- Agressivité qui explose contre soi-même.

Automutilation et vécu institutionnel =

Le groupe soignant est impliqué par ces gestes dangereux non prévisibles, énigmatiques et non maîtrisables : le groupe est confronté à l'impuissance.

C'est plus difficile quand les soignants eux-mêmes ont des enfants.

À chaque fois que l'adolescent se fait mal, l'institution est menacée car le groupe ne peut pas être unanime dans sa contre attitude. (Cf. fantasmes de destruction envers l'institution quand l'acte mutilatoire émerge). De la haine émerge parmi les soignants et ces enfants sont mal supportés.

La fonction soignante est une fonction maternante.

Il existe une illusion anticipatrice des mères qui utilisent les capacités précoces du nourrisson.

On peut reprendre cela entre l'équipe et l'auto mutilateur qui se trouve comme tout puissant et qui détruit l'intérieur et l'extérieur de lui-même.

Phlébotomie :

= Se couper les veines (self entting)

Ce n'est pas toujours une TS. Atteinte de l'intégrité du corps qui fait couler du sang et qui laisse des traces sur la peau. Pour certains, c'est une recherche de cicatrices sur le corps.

Avant d'écrire que c'est une TS, il faut écouter ce que le jeune a à dire.

Cf. « de l'hystérie aux pathomimies » CORRAZE

C'est différent des pathomimies, des excoriations névrotiques, du syndrome de LASTHENIE DE FERJOL, de l'automutilation et d'une TS.

Pathomimie =

Sujet qui exerce sur sa peau des gestes répétés. Le lieu où le sujet se mutile est soumis au regard de l'autre de façon consciente dans un contexte d'agressivité et de conflit.

Excoriation névrotique :

Gestes répétés indépendamment du contexte relationnel et pas forcément sur des zones visibles.
Ex : grattage.

Syndrome de lasthénie de ferjol :

Cf. revue « Adolescences », 1983, BONNET.

« du saignement des règles au saignement provoqué ». Conduit à une anémie par une hémorragie volontaire provoquée.

Déni de l'acte

Aggressivité qui conduit à se faire saigner régulièrement (fréquent chez les soignants et les enseignants)

Différent du syndrome de MUNCHAUSEN = apparition de maladies chez l'enfant, provoquées par le parent (par procuration) ou création directe de symptômes de toutes pièces qui amène le sujet à être soigné.

Automutilation :

Comportement agressif corporel qui concerne un membre ou une partie d'un membre.

TS

L'adolescent qui se fait une phlébotomie n'est pas toujours un suicidant.

Dans les phlébotomies, le plus souvent, l'acte est effectué de façon impulsive, avec rage.

Irruption de l'angoisse qui met en péril les limites du sujet.

Se pose la question de la dépersonnalisation et de la déréalisation.

Le geste effectué entraîne une décharge de tension et donne le sentiment d'existence. La vue du sang et de la plaie peut provoquer de la fascination de voir l'intérieur du corps. C'est la vue du sang qui interrompt l'acte.

Le sujet a-t-il cherché à se punir ?

Expulsion du mauvais objet ?

Envie de faire cesser une relation conflictuelle ? Le plus souvent, ces actes entrent dans un contexte relationnel conflictuel. (différent psychotique)

Tout acte mutilatoire est grave
Geste d'appel à la parole de l'ado en intra-familial.

La maltraitance

Enfant maltraité / négligé / objet, comme s'il était la propriété de l'adulte. Il est victime de sévices physiques et psychiques.

La plupart du temps, cela vient de la famille. Il est l'image imparfaite de l'être rêvé.

Les sévices ont lieu aussi bien dans les familles « normales » que dans les familles « déviantes »

Motif de consultation : l'enfant a eu un « accident ».

Faire des entretiens longs avec l'enfant et les parents.

Le plus souvent, ces enfants ont moins de 6 ans. Souvent, ils ont été prématurés (un prématuré sur 5 est maltraité).

Ce sont souvent des couples mixtes.

→ Mauvais traitements :

Passifs =

L'enfant est victime de négligences graves : signes de dénutrition avec souvent des signes cutanés, retard de croissance, troubles du comportement...

Actifs =

L'enfant est victime de coups et de violence :

- Au corps (lésions, plaies, contusions, fractures, rupture du foie, de la rate...)
- A la tête (hématomes cérébraux avec des pathologies comme l'épilepsie, paralysies...)

Même quand il est frappé, l'enfant aime ses parents.

Enfant maîtrisé avec des liens, des chaînes : frayeur permanente.

→ Signes qui ne trompent pas :

- apathique
- triste
- isolé
- figé dans son évolution

→ Personnalité des parents maltraitants :

Pas forcément de pathologies lourdes, souvent des personnalité narcissiques chez lesquelles il n'y a pas de culpabilité.

Facteurs individuels.

N'ont pas envie de faire plaisir à l'enfant

Intolérance à l'égard de l'enfant comme si ce que leur faisait l'enfant leur était destiné de façon intentionnelle et maligne.

Principes éducatifs rigides.

En général, ont eu eux-mêmes des soins maternels et paternels inadéquats, c'était comme ça dans leur propre éducation.

Souvent, ils ont été victimes de sévices eux-mêmes.

→ les conditions familiales et socioculturelles

Cf. conférence de Mlle Fanchon.

Les parents maltraitants ont eux mêmes été victimes de soins inadéquats, de sévices, de situations d'une grande précarité.

Haine conservée de leur toute première enfance envers eux même et envers leurs parents.

Avant les sévices on retrouve des changements dans l'histoire familiale ; séparation, précarité, émergence de maladie grave ou chronique, troubles psychiatriques, deuils, plusieurs maternités enchaînées, perte d'emploi, enfant non désiré...

On retrouve une pauvreté de l'imaginaire. La violence devient le moyen d'expression privilégié.

C'est une situation d'exclusion : exclusion de l'enfant ou exclusion du système social.

→ Psychologie de l'enfant maltraité

- Enfant qui est souvent négligé, sale
- Enfant qui nous interroge (gestes craintifs)
- Enfant qui pleure rarement, plutôt frappé d'une certaine stupeur, résigné. Il a conscience qu'il dérange, mais en même temps a besoin de son entourage affectif, même si on lui fait du mal. Il va trouver normales la violence et la haine. Il va finir par y trouver son plaisir et provoquer en cherchant à se rendre insupportable. Joue un rôle auto destructeur. Mais en même temps il a peur, peur des représailles.

Il a beaucoup d'amour pour ses parents malgré la maltraitance. Il n'en parle pas à l'extérieur, il a honte (c'est lui qui va dire aux adultes extérieurs qu'il est tombé...): protection, peur de sanctions pénales...

Il est prisonnier de l'amour particulier des parents maltraitants.

→ Pourquoi les mauvais traitements vers l'enfant.

Se rendent pas compte que c'est un enfant ? adultes qui frappent l'enfant comme si c'était un adulte, mais un adulte fragile, qui ne peut pas se défendre.

On retrouve le rejet, quelque fois avant la naissance, conflit pendant la grossesse, ou rejet à la naissance (pas du sexe souhaité, handicap non supporté), ou bien après.

Liens entre conduite parentale et histoire parentale.

L'enfant exclu parce qu'il est une sorte d'obstacle à la vie des parents.

CAS VIDEO :

- Transgénérationnel, psychopathologie du transgénérationnel
- Question de la prévention. Repérage de la dépression de la femme enceinte
- Suicide altruiste
-

Qui est cette femme : personnalité

Quand est il de l'acte, de quel enfant s'agit-il ?

F. DUPRE = La solution du passage à l'action ; le double crime des sœurs Papin.

S. FREUD = Totem et tabou ; Deuil et mélancolie.

J. LACAN = Propos sur la causalité psychique (1946 ; p.151-193) ; Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie (1950 ; p. 125-149)

P. LEGENDRE = Le crime du caporal Lorti (fayard, 1989)

Le travail de psychanalyse

Jusqu'en 1950, la cure analytique était appelée « cure type ». Cf. cure orthodoxe aux USA. Puis, on a parlé des variations dans la cure analytique : variation de la technique mais cadre précis (psychanalyse de groupe, psychodrame analytique...).

FREUD avait décrit les indications de la cure analytique, mais nouvelles demandes qui viennent des personnes et des institutions, de la société. (enfants, adolescents, femmes enceintes...)

Le travail de psychanalyse.

C'est celui qui est effectué au cabinet de psychanalyste ou dans des centres où le mode de travail se rapproche de celui du cabinet privé (même cadre).

Il s'agit de l'analyse proprement dite, mais variations techniques ponctuelles ou permanentes (par ex, passer de 3 à 5 séances). Le psychanalyste fait des psychothérapies.

Le travail de psychanalyste :

Travail fait par le psychanalyste en dehors de son cabinet.
Travail institutionnel, mais pas de patient en analyse.

Le travail de psychanalysé :

Concerne ceux qui ont fait une cure analytique, qui ont fait l'expérience de la psychanalyse et qui ne souhaitent pas être psychanalystes mais utilisent l'acquis de leur expérience pour leur travail.

FREUD avait exclu la cure analytique à la névrose actuelle et à la névrose narcissique parce qu'il y avait une élaboration insuffisante de la libido qui se déchargeait dans le soma sans intervention des processus de symbolisation dans la névrose actuelle et parce que la capacité de la libido à investir des objets et la tendance à se retirer dans le moi fait défaut dans la névrose narcissique. Le mode de réponse au conflit passe par l'acte dans les névroses actuelles.

FREUD voulait obtenir le meilleur résultat possible en travaillant sur le psychisme (relève de la psychisation différent de la somatisation)

Il faut permettre la mobilisation du patient qui va sortir de ses fixations passées en investissant de nouveaux objets grâce au transfert.

Dés 1920 on veut appliquer la psychanalyse à des gens qui sortent du cadre défini par FREUD.

Les thérapies pratiquées par les psychanalystes :

Les indications de psychothérapie :

- Les personnes où la situation matérielle, l'implantation géographique ne permet pas la psychanalyse.
- Les patients qui ont des troubles très avérées, donc ne permettent pas la cure : des angoisses profondes peuvent apparaître
- Les patients qui ont été soulagés avant par une ou plusieurs cures psychanalytiques.

= référence aux théories psychanalytiques mais cadre aménagé, cf. Setting.