**Psychopathologie enfants et adolescents**(S4)

**Introduction :**

* Le normal et le pathologique chez l’enfant.

> Mouvance et plasticité de la psychopathologie de l’enfant :

Il parait important de parler de plasticité et mouvance car il y a une évolution possible des symptômes chez l’enfant.

Si la sémiologie porte sur l’observation du signe, la psychopathologie elle va s’intéresser a son interprétation et sa valeur. Répondre a la question du pourquoi et comment, pourquoi ce symptôme chez cet enfant.

La psychopathologie répertorie des fonctionnements pathologiques, mais dans la visée thérapeutique (soin).  Mais chaque enfant est unique et singulier, de son caractère, de son histoire. Les symptômes ne sont pas équivalents selon les enfants.

Au cours de son développement va vivre une succession de conflits qui sont porteur de potentialité adaptatrice ou désorganisatrice. Ce n’est pas le conflit qui est pathologique mais la résolution portée par l’enfant. C’est plutôt l’accumulation de microtraumatismes apparemment insignifiants et anecdotiques qui sera un facteur de risque plus important.

* Ce n’est pas l’intensité mais l’accumulation de petits traumatismes.

***Remarque :*** *Il n’existe pas de modèle éducatif idéale qui permettent d’éviter le risque* psychopathologique.

*Plus l’enfant est jeune plus il semble facile pour lui, même après des écarts importants dans son développement de revenir dans les voies du développement normal. > Ce n’est pas l’écart avec le « développement normal » mais plutôt l’âge de l’enfant qui lui permettra de revenir dans le développement normal.*

Plus un enfant est pris en charge tôt notamment dans les troubles du développement plus grandes sont les chances de l’aider à sortir de la pathologie. > Pronostique meilleur lors de prise en charge précoce.

Lorsque l’on a affaire à un ensemble stable de symptôme, appelé syndrome, nous sortons du cadre du conflit pour passer à celui de crise pathologique susceptible de laisser des traces durables.

En psychopathologie de l’enfant, il faut tenter de comprendre comment émerge l’angoisse, chez l’enfant et ce qu’il met en place pour s’en défendre (= symptômes et troubles que présente l’enfant)

*Pour* ***BOUBLI****,  le critère essentiel du pathologique est : « ce qui mobilise de l’angoisse entrave la personnalité dans son développement psychique,  réduit sa marge de tolérance et d’adaptation possible au milieu et de ce fait, aggrave encore l’angoisse. »*

Cette angoisse crée un cercle vicieux, qu’il faut détruire en crée un cercle vertueux, en lui redonnant ses capacité d’adaptation.

L’objet de la psychopathologique est  l’évaluation du caractère pathogène ou organisateur d’une ou de plusieurs conduites. Cela suppose de connaitre le cadre normal de son développement = mobiliser

Des troubles infantiles repérés selon 4 points de vus :

1. Symptomatique > reconnaitre le symptôme, évaluer le poids pour l’enfant (couteux en énergie ?) et la fonction dynamique (quels sens d’un point de vue dynamique).
2. Structurelle ou dimensionnelle >Situer la place du trouble au sein de la personnalité de l’enfant > prendre en compte la singularité de l’enfant.
3. Génétique > Développementaux > connaitre le développement normé et ces différentes étapes. Attention différentes étapes sont liées > propreté lié avec la marche.
4. Environnementaux > cadre de vie de l’enfant.

**Attention : la précocité n’est pas une bonne chose.**

LE NORMAL :

Selon 4 points de vue :

1. Le normal en tant que santé par opposition à la maladie.
2. Le normal en tant que moyenne statistique (fréquences apparition entre individus) aspect quantitatif. L’absence de symptôme peut alors devenir pathologique (ex : l’absence de l’angoisse face à l’étranger à 8mois = reconnaissance de la mère.)
3. Le normal en tant qu’utopie, idéal à réaliser ou à approcher.
4. Le normal en tant que processus dynamique > capacité de retour à un certain équilibre. Processus caractérisé par la capacité à retrouver la santé. Le normal est donc un processus d’adaptation> capacité de réaction pour retrouver un équilibre antérieur perdu > introduire une évaluation dynamique dans la perception du normal et du pathologique ...

Normalité et conduite symptomatique:

4 points de vue :

1. Cette conduite manifeste présente t elle au sein du fonctionnement mentale de l’enfant un pouvoir pathogène ou bien assume t elle un rôle organisateur ? Une régression dans le développement peut être transitoire mais signifié un fort potentiel organisateur.

Il faut sortir de la réduction entre d’un coté le pathologique et conduite propre a la normalité.

Il existe une double continuité entre le normal et le pathologique et puis entre l’enfant et l’adulte (> dans l’adulte il y a l’enfant qu’il a été).  > beaucoup des symptômes sont considérés comme normaux à un certain stade du développement psycho affectif de l’enfant. Ex : la ritualisation du coucher.

Ce qui compte c’est le coût pour l’enfant, est ce invalidant ou pas ? > On vient à s’en demander est ce que son moi, est partiellement amputé de ces fonctions  du fait de ce compromis symptomatique ? Ou au contraire le moi de l’enfant peut l’intégrer dans son potentiel d’intérêt et autorisé de ce fait la poursuite de sa maturation ?

Pour cela il est important de se resituer le symptôme en tant que formation de compromis c’est pour cela qu’on parle de symptôme de compromis, qui signe est témoigne d’une tentative singulière de trouver une solution qui parvienne a lié une angoisse issue d’un conflit psychique. = Mécanisme de Protection du moi +tentative de trouver une solution originale. > Il convient donc de respecter son sens et cette fonction de protection.

Ce pose la question de la présence apparente de toutes conduites déviantes de la norme statistique, c a d ces enfants asymptomatiques lors de leur développement, cela signifie t il une normalité ou bien l’inverse ? Cette normalité de surface n’est rien d’autre qu’un conformisme adaptatif, voir ce que Winnicott appelle une organisation en faux-self (= carapace de surface qui protège et masque le vrai self de l’enfant), soumission au pressions et aux exigences de l’entourage. Ces enfants se retrouvent incapables de construire une organisation interne cohérente mais aussi d’élaborer tous les inévitables conflits de développement.

*[ex : crise grave à l’adolescence (remise en cause des bases), on découvre un blanc symptomatique soit une normalité fade et sans reliefs. = montre la corrélation entre asymptomatique et troubles futur. > abandon de quelque chose de la lutte qui entraine des problèmes lors de la prise d’autonomie est nécessaire]*

***Winnicott « qu’entendons-nous par enfant normal ?  » Dans « l’enfant et sa famille »***

*Pour Winnicott un enfant normal est capable d’utilisé n’importe lequel des moyens offerts par la nature pour se défendre contre l’angoisse et contre un conflit insupportable. L’anormalité se manifeste par une limitation et une rigidité de la capacité de l’enfant d’utilisé des symptômes ainsi qu’une absence de relation entre les symptômes et l’aide qu’on peut espérer.*

*Mais il dit encore : nous appelons symptômes ces moyens qui sont normalement utilisés par ces enfants et nous disons qu’un enfant normal est capable de manifester n’importe quelle forme de symptômes selon les circonstances. Chez un enfant malade ce ne sont pas les symptômes qui sont ennuyeux mais c’est qu’ils ne font pas leur travail et qu’ils sont nuisibles à l’enfant et son entourage.*

**Séance 2**

**Normalité et point de vue structurel**

Il y a plusieurs dimensions dans le développement de l’enfant, par exemple les lignes de développement (Anna FREUD)

Elle a insisté sur la nécessité de prendre en compte la diversité de ces dimensions

Elle distingue 6 directions principales aux lignes de développement de l’enfant :

-          Etat de dépendance vers l’autonomie affective et aux relations d’objet de type adulte

-          Allaitement vers l’alimentation rationnelle

-          Incontinence vers le contrôle des sphincters urétral et anal

-          Insouciance vers le sens des responsabilités en ce qui concerne la manière de traiter son corps

-          Egocentrisme vers la camaraderie (valeur de partage + prime de plaisir)

-          Corps vers le jouet, jeu vers le travail (passage par un objet transitionnel > le doudou)

La capacité à jouer chez l’enfant est un préliminaire pour pouvoir apprendre à l’école (apprentissage ludique)

La capacité à travailler dépend grandement de la capacité que  l’enfant a eu à pouvoir jouer

La capacité à être seul en présence d’un adulte est indispensable car cela veut dire que l’enfant a à sa disposition un espace psychique

Pour S.FREUD, il n’y a pas de différence entre l’homme sain et l’homme névrosé

Tous deux présentent le même type de conflit infantile (ex : conflit œdipien), tous les deux utilisent les même type de défense (refoulement, déplacement, isolation, conversion)

Freud dit que tous les deux ont traversé pendant l’enfance les mêmes stades maturatifs (oral, anal, phallique…)

La seule différence entre l’individu sain et l’individu névrosé réside dans l’intensité des pulsions, du conflit et des défenses

C’est de cette intensité-là dont vont rendre compte les points de fixation névrotiques et la relative rigidité des défenses (CAD le fait d’avoir peu de mécanismes de défense à disposition)

L’élément de morbidité le plus distinctif de l’individu névrosé est, selon Freud, la **compulsion de répétition**

Définition : processus de nature pulsionnel et d’origine inconsciente qui replace toujours le sujet sans qu’il s’en rende compte dans des situations désagréables, qui sont la répétition inévitable d’expériences anciennes auxquelles reste fantasmatiquement attachée la pulsion

Par exemple, des personnes qui font et refont le même choix d’objet amoureux qui vont les placer dans des situations de souffrance, tout en étant inconscient(e)

La santé pet être définie comme la capacité d’utiliser la gamme la plus étendue possible de mécanismes psychiques en fonction des besoins

M. Klein décrit le développement normal du bébé comme passant par deux positions successives :

-          la position schyzo-paranoïde

-          la position dépressive

Tout ceci au cours de la première année du bébé

Elle décrit comme normale, commune à tous les bébés, des phases psychotiques précoces à l’aube de la vie psychique

Pour elle il n’y a pas de distinctions qualitatives fondamentales entre le développement normal et le développement pathologique, jusque dans les états psychotiques

Freud lui dit qu’il y a un continuum entre l’individu sain et l’individu névrosé, or M.Klein va plus loin en disant qu’il n’y a pas de différences entre l’individu sain et pathologiques même dans des phases névrosées

La position schyzo-paranoïde correspond à la traversée d’états psychotiques normaux par le bébé

Des auteurs ont même parlé de position autistique normale pour décrire le vécu du bébé des deux premiers mois, cela se comprend si le nouveau-né est dans une indifférenciation entre le moi et le non-moi (CAD entre lui-même et le monde extérieur, ce qui vient de lui et ce qui vient du monde extérieur) = indifférenciation dedans/dehors

Il va falloir du temps au bébé pour reconnaitre l’existence de l’altérité et l’existence d’un objet extérieur à lui

Le vécu psychique du bébé est donc très proche des états autistiques

Pour elle, la seule différence est quantitative, par exemple c’est l’intensité des pulsions agressives qui peut provoquer une telle angoisse que l’évolution maturative du bébé peut s’en trouver bloquée

C’est le cas du bébé qui va inhiber sa voracité en cessant d’avoir de l’appétit et de se nourrir

Nous pouvons voir que la ligne de partage entre le normal et le pathologique ne peut pas se faire au regard de la seule structure mentale de l’enfant, et notamment la référence structurelle est insuffisante en psychopathologie de l’enfant, du fait de l’intrication constante et normale des mouvements de régression et de progression des mouvements de l’enfant, mais aussi du fait de l’inachèvement de l’appareil psychique

On ne parlera donc pas vraiment de structure psychique chez l’enfant

De plus, l’existence de moments critiques dans tout le développement va rendre compte de bouleversements structurels et de remaniements psychiques longtemps possibles et ce, jusqu’à l’adolescence, qui est le moment critique par excellence dans le développement puisque l’on parle d’un remaniement psychique à l’adolescence qui empêche de parler de structures fixées auparavant

Tous ces facteurs montrent la difficulté mais aussi l’erreur à parler d’une structure psychique fixée chez l’enfant, c’est pour cela que l’on parle de mouvance psychique chez l’enfant et ce au moins jusqu’à l’adolescence

**La normalité et le point de vue développemental : disharmonie et immaturité**

Il ne faut pas perdre de vue que la croissance et la tendance à la progression constituent la toile de fond toujours changeante à laquelle le psychisme de l’enfant doit s’adapter

Ainsi, on décrit et on conçoit davantage le développement de l’enfant par crises successives

C’est l’idée très importante de l’évolution affective sous forme de crises normales, CAD des mini ruptures que l’enfant doit surmonter

Il s’agit de crises structurantes, elle sont attendues, normales mais nécessaires à la structuration psychique

Des crises structurantes dont les solutions trouvées par l’enfant deviennent de plus en plus complexes, ce qui permet une individuation de l’enfant (sevrage, autonomie, entrée à l’école…)

C’est un gain pour la maturation de l’enfant puisque le dépassement de ces crises lui offre la possibilité d’être plus individué, et lui permet de progresser dans le processus de séparation/individuation

Pour surmonter ces crises, l’enfant va utiliser des appuis, soit des étayages

4 principaux étayages :

-          L’étayage sur son propre corps

-          L’étayage sur sa mère

-          L’étayage sur le sentiment de continuité de soi (narcissisme primaire)

-          L’étayage sur les groupes (famille, groupe social, les pairs)

Ces différents étayages peuvent se compenser l’un et l’autre

Par exemple, dans le cas d’un étayage défaillant sur son propre corps, il peut y avoir compensation par l’étayage sur la mère, ce qui va par contre renforcer la dépendance de l’enfant à celle-ci et rendra plus difficile le processus de séparation/individuation

Ce n’est pas la crise qui est anormale, c’est l’impossibilité de la résoudre qui ouvre le champ de la pathologie

* **Normalité et environnement**

Pour lui, un bébé tout seul n’existe pas : il est tellement dépendant de l’environnement qu’il reflète son environnement

On ne peut donc pas prendre en charge un bébé sans prendre en compte son environnement

Bébé, sa mère et son environnement forment un tout sur lequel doit porter l’évaluation du pathologique et du normal mais cela est également vrai pour l’enfant et l’adolescent

On ne peut pas ignorer le contexte environnemental, familiale, fraternel, scolaire mais encore résidentiel ou religieux… CAD la prise en compte de tous les facteurs environnementaux

De nombreuses conduites jugées pathologiques par l’entourage apparaissent en réalité soit comme des signes de protestations saines contre un environnement pathologique, soit comme les témoins de la pathologie de l’entourage, CAD la pathologie familiale

è C’est l’enfant qui porte le symptôme de la pathologie familiale

C’est par exemple, le cas du vol ou du mensonge chez un enfant qui vit dans un environnement pathologique (carencé affectivement ou maltraitant)

Deuxième exemple : une mère insomniaque, qui va fixer le symptôme banal de son enfant qui a peur de s’endormir le soir, ce qui est une période normale chez tous les enfants

La mère est insomniaque donc sa propre anxiété ne parviendra pas à rassurer son enfant, car elle assimile le symptôme banal de son enfant au sien, qui lui est pathologique

L’enfant ici est confronté à une résonnance avec l’angoisse de ses parents, ce qui ne l’aide pas et peut venir fixer en symptôme ce qui était une conduite normale

La crainte de cette mère va donc se transformer en anxiété, ce qui va fixer un symptôme chez l’enfant

A partir du moment où le symptôme est dit fixé, on n’est plus dans la plasticité du symptôme

**Séance 3**

**Les interactions précoces :**

Parents /nourrisson : Mère/bébé

Mère = Mère environnement (Winnicott) sens élargie de la mère, la personne qui est dans une fonction maternelle et maternant du bébé. Mai aussi la mère plus son passé, son histoire.

On peut distinguer différentes formes de dysfonctionnement dans les interactions précoces et notamment trois grandes formes reconnues :

1.    Les carences au niveau de la constitution des enveloppes, physique et psychique.

2.    Toutes les carences au niveau des fonctions de la mère, en tant qu’appareil psychique relais. (Bion : Fonction Alpha)

3.    Les carences au niveau du nourrisson > ne permettent pas l’installation d’une bonne interaction avec la mère. Naissance des failles, qui définiront ultérieurement certaines formes de pathologies.

Remarques : plus l’enfant est jeune moins les tensions et les conflits vont s’exprimer sous des formes psychiques. Par conséquent chez les nourrissons, les troubles s’expriment le plus souvent sous forme corporelle somatique ou comportementale> trouble manifestes des souffrances psychiques.

La dépendance à l’environnement, implique d’inclure cette variable dans l’analyse des difficultés mais aussi dans le traitement des enfants> nécessaire prise en compte des facteurs environnementaux.

Les troubles de l’enfant et de certain adultes, les plus régressifs et qui montrent des désorganisations profondes voir même des non organisation, prendront leurs origines dans ces moments précoces de la vie.

La gravité des troubles des pathologies, est très en lien avec la précocité du vécu psychique et notamment de ses perturbations.

    Interactions précoces très importantes dans la formation de bébé.

Les symptômes se présentent sous des formes variées :

    Troubles à expression somatique

    Les perturbations du développement

    Les difficultés comportementales

    Les expressions psychiques

    Tout cela peut se cumuler et donner une situation inextricable.

Ex : enfants à risques cumulent plus de6 symptômes de critères tandis que les enfants sans difficultés particulières n’en présentent pas plus de trois.parmis une liste de 15.

-    Réveil fréquent au cours de la nuit

-    Sommeil agité

-    Endormissement difficile

-    Cauchemar et/ ou terreur nocturne

-    Mauvaise santé selon l’avis de la mère

-    Asthme

-    Rhinopharyngite fréquente

-    Bronchite a répétition

-    1 hospitalisation au minimum entre 18 et 3ans

-    Colère fréquente

-    Mécontentement fréquent

-    Appétit très capricieux

-    Pas d’objet transitionnel

-    Ne joue jamais seul

-    Reçoit des sédatifs

-    Plusieurs accidents entre 18 mois et 3 ans

    Liste de l’Enquête épidémiologique

On ne peut pas prendre individuellement isolément un symptôme car il n’a alors pas de valeur morbide.

TROUBLES A EXPRESSION SOMATIQUE (ou psychosomatique) :

Ces troubles sont souvent présenter au pédiatre, mais il n’est pas simple de faire la part des celles psychiques et des atteintes somatiques. C'est-à-dire qu’il y a une participation psychique dans les troubles somatiques. Intrication de la psyché et du somma qui induit que tout troubles, états de détresses, n’a que le corps comme moyen d’expression.

Symptômes dont tout le monde s’accordent a penser qu’une part importante de leurs cause est dues à un malaise psychologique. Troubles à expressions psychosomatique

Regroupement (8) des grands troubles a expression somatiques :

1.    Troubles à expression nerveuse.> Insomnie / Attaque d’angoisse nocturne/ Hypersomnie /Syncope et convulsions.

2.    Troubles alimentaires > Refus alimentaires / Les anorexies/ Absence de mastication/ Étranglement/ Boulimie / Polyphagie (PICA)

3.    Troubles digestifs > Vomissements/ Mérycisme / les coliques / douleurs abdominales/ diarrhée/

4.    Troubles sphinctériens > troubles dans l’apprentissage de la propreté/ constipation / énurésie/ encoprésie.

5.    Troubles respiratoire > Spasme du sanglot/

6.    Troubles tonic moteur > Hypotonie/ hypertonie/ dystonie/ Anomalie de la marche / de la préhension / troubles posturaux.

7.    Troubles cutané > exéma / pelade / urticaire.

8.    Les syndromes généraux > retard de croissance globale (>nanisme de détresse)/Obésité /fièvres inexpliquées / infections à répétition (ORL)/ troubles allergiques.

    L’expression psychosomatique est tout de même majoritairement dominé par les troubles du sommeil et alimentaire.

    Elle peut varier selon son siège (>lieu concerné), son étendue (> localisé, ou générale), son importance (>troubles mineur =anorexie commune du second semestre / ou perturbation fonctionnelle grave)

L’anorexie commune du second semestre se présente comme une conduite de refus alimentaire en générale lorsque l’alimentation passe de liquide à solide. Atteinte d’un certain niveau d’autonomie et qu’il cherche a maitriser la situation, notamment dans une réaction d’opposition dirigé vers la mère. Moment très important pour le sujet.

Deux formes : Simple > dite réactionnelle / réaction au sevrage, cède facilement à une modification du comportement de la mère et diminution de l’angoisse de celle-ci.

Forme plus complexe> le trouble persiste et on observe une phobie alimentaire et perte de l’appétit. Dans ce cas le contexte affectif et relationnel est souvent gorgée d’angoisse mais aussi ou la dépression du bébé peut être mis en cause.

Merycisme : rumination d’aliment régurgité, (6-8mois) qui peut entrainer des troubles généraux et dénutrition sévères qui peut mettre en danger la vie de l’enfant. Régurgitation = Contraction de la musculature. Puis mâchement répétitif se produit quand l’enfant est seul > replis de l’enfant, exclusion du monde extérieur.  Interprété comme une compensation d’un manque d’apport affectif ou d’une perte venant de la mère (dé-privation maternelle).

En dehors des ruminations c’est un nourrisson avide de contact.

Cette activité représente un mode dévié de satisfaction auto-érotique (normalement le pousse).

De nombreux auteurs ont essayé de faire le lien entre la forme des symptômes et la qualité de la relation avec l’environnement surtout avec la mère, mais notamment avec la mère-environnement. Mais cela est toujours très difficile de les généraliser et seul l’étude clinique de chaque situation peut permettre une compréhension de l’origine du symptôme.

Spitz à définie des liens de causalité entre le rejet primaire manifeste et le coma du nouveau né. Et entre l’exéma infantile et une certaine ambivalence maternelle, sous la forme d’une hostilité déguisé en anxiété.

Liens de Corrélations ≠liens de causalité

TROUBLE DU DEVELOPPEMENT :

Arret ou retard du développement, touche essentiellement la motricité, l’intelligence et le langage. Retard globaux mais en fonction de l’investissement affectifs les troubles peuvent se cantonner à un des éléments du développement, présentant même quelques fois des performance précoces dans d’autres domaines.> dysharmonie.

Précocité peut être morbide aussi.

Les limitations instrumentales a mettre en liens avec une problématique d’individuation.

Sans action préventives, ses perturbations précoces, annoncent le plus souvent des troubles importants et irréversible à des âge plus tardif.(TED)

TROUBLES DU COMPORTEMENT :

L’angoisse, les colères fréquentes, les cris, la tristesse  sont autant de réaction qui montre la réaction affective du nourrisson face a son mal être et sa souffrance. Mais nous étudierons cela dans la globalité de mal être.

Troubles du comportement ce n’est pas seulement ce qui fait du bruit, un enfant silencieux n’est pas forcément sage. Passivité extrême = danger= plus de lutte

**Interactions précoces** : on distingue les modalités interactives (différents canaux à travers lesquels l’interaction s’effectue = regard, peau, voix…) et les systèmes interactifs (représentés à l’intérieur de chaque partenaire = père, mère, nourrisson).

* *Interactions fantasmatiques* : il y a 3 bébés

1. **Bébé imaginaire** qui né avec le désir de grossesse de la mère, il est imaginé (sexe, couleurs, caractère..) Comment la mère souhaiterait le bébé d’un point de vue conscient. Mais la marge entre inconscient et conscient reste fine.
2. **Bébé fantasmatique** qui supporte des projections inconscientes de la mère. Il vient du désir de maternité, d’enfant. Il remonte au conflit infantile devenu depuis inconscient. Qu’il s’agisse d’un enfant oedipien, réparateur, narcissique… L’Œdipe est réactualisé, l’enfant a un mandat familial pour une large part inconscient qu’il doit réaliser. Théorie des morts-vivants (sans deuil, l’enfant a un rôle réparateur) « Moins on transmet, plus on transmet »
3. **Bébé réel** étant actif, il a des moyens pour communiquer.

Le problème vient de l’écart entre ces 3 bébés, qui ne peuvent pas se rencontrer. Il y a une exigence de réalité qui peut être aux antipodes des attentes maternelles (sexe de l’enfant).

* *Interactions affectives*
* *Interactions psychophysiologiques*
* *Interactions cognitives*

**Le lien mère/nouveau-né (bonding)** : préoccupation maternelle primaire (PMP par Winnicott) Il existe chez la mère dès les premières heures de l’accouchement, un état psycho-affectif très particulier qui définit une période sensible au cours de laquelle la constitution du lien mère/nouveau-né va pouvoir s’établir de manière optimale (PMP) à condition qu’elle ne se transforme pas en sollicitude anxieuse c’est-à-dire en versant pathologique de la PMP (aller voir toutes les 5 min si son bébé ne s’est pas étouffé dans son sommeil).

C’est l’état psychique dans lequel se trouve la mère à la fin de sa grossesse et au cours des semaines qui suivent l’accouchement. « La mère suffisamment bonne » (« good enough mother » de W.) est une mère étant ni trop, ni pas assez, défaillante n’ayant pas réponse à tout pour laisser le bébé développer sa subjectivité.

C’est une « maladie normale » disparaissant spontanément, les mères s’en souviennent difficilement. Cet état transitoire est caractérisé par une hyper sensibilité qui permet à la mère de s’adapter aux premiers besoins du bébé avec délicatesse. Sans être dans l’anticipation ni dans un retard. Elle a pour condition l’identification de la mère à son bébé qui permet à la mère d’offrir à son bébé un cadre idéal au départ. Indispensable pour le développement du self du nouveau-né et pour le sentiment vital et continu d’exister (being anglais : notion de temporalité) = sécurité interne pour construire la psyche infantile grâce à la PMP.

Exemple : Modèle en tant que condensé des différents canaux d’interactions à travers la situation d’allaitement.

• **Regard mutuel** : (pendant l’allaitement) Ce dialogue est très important, chargé d’affectes chez la mère qui les rend au bébé. Pour Winnicott le premier miroir du bébé c’est le visage de la mère, ce que lui renvoie le regard. Reconnaissance mutuelle d’existence. Il peut y avoir une cécité devant certains symptômes d’alerte du bébé (autisme) car vécu comme une blessure narcissique de la mère devant le manque de regard du bébé.

• **Dialogue tonique** : posture de la mère et du bébé et leur ajustement réciproque. Il peut être enrichit par des échanges tactiles, échange de regards, sourire. Le bébé participe activement se lovant contre sa mère… Ce défaut de contact peut blesser la mère (enfant autiste).

• **Contact et touché**

• **Paroles et vocalisation** : principal moyen de communication permettant la restauration de la proximité physique (bébé crie, la mère s’approche = réponse, réaction). C’est le préalable au langage.

*Le baby talk* (prosodie du lang. maternelle) c’est une simplification de la syntaxe, tonalité particulière et exagérément expressive, majoration des aigues, ralentissement du débit, modification de mots voir création d’un vocabulaire.

• **Expériences gustatives, olfactives du bébé**

• **Portage du bébé** (« Holding » by W.) à la fois psychique (manière dont la mère porte le bébé dans sa pensée, dont il existe en elle, l’attention, capacité à imaginer pour lui) et physique

Fonction Alpha de la mère par Bion c’est la mise en sens du vécu du bébé par la parole, métabolisation, transformation des infos brutes béta (affectes, expe corporelles) en éléments alpha (psychisables, représentables et pensables) La mère met à la disposition du bébé son appareil psychique pour lui donner une contenance (le being, sentiment d’exister)

**Cycles d’altération** : alternance entre phases de disponibilité et phases de repli de la part du bébé à respecter. Possibilité d’être en discordance des phases où la mère stimule son bébé alors qu’il est dans une phase de repli ou vice versa. Le bébé a un répertoire pour entrer en communication (vocalisation, sourire, regard…) pour exprimer son refus de l’interaction ou sa demande. Dans ces cycles il y a l’attention mutuelle étant la base de l’attention conjointe.

**Père et nourrisson** : Comme pour les mères on observe des cas de dépression post-partum, ayant des symptômes de grossesse (prise de poids, contraction), père présent = angoisse moins importante devant l’étranger et vice versa car le père et séparateur entre mère/bébé. Sans tiers séparateur, réaction devant l’étranger majorée.

**Marcelli** analyse le premier regard de la mère sur le nouveau-né, lorsque les deux s’envisagent mutuellement. Il différencie le fait de dévisager (scruter de manière inquiétant, de manière intrusive, au-delà des pupilles des bébés dans le but inquisiteur de savoir ce qu’il pense / Protection du bébé par détournement du regard, la mère va scruter encore plus = cercle vicieux), d’envisager (ne va pas au-delà de son regard à lui, elle lui reconnait une existence propre la faisant rêver, l’inscrivant dans une histoire) et d’inenvisager ( le regard absent d’une mère dépressive, le regard ne s’accommode pas sur celui de son bébé, il va plus loin, il s’arrête interne de l’objet perdu, traverse et engloutit le regard du bébé).

**Différents types des interactions précoces :**

Les relations avec la mère peuvent être perturbées de façon qualitative ou quantitative.

**Les relations impropres ou inadéquates :**

Aspect qualitatif

* Puériculture inapproprié par ignorance : certaines mères timides avec leur nourrisson ne les stimulent pas assez.  L’ignorance vient a se compliquer par les « j’ose pas » ou bien alors par une situation familiale qui fait que c’est la grand-mère qui s’en occupe.  Par d’éducation à faire, par le corps médicale. Rien n’est inné, ils doivent apprendre les gestes.
* Investissement affectif conflictuel et ambivalent : dans le cas  d’un enfant  non désiré, de complications dans le couple lié directement à l’enfant, ou alors un bébé handicapé. Distorsion entre le bébé réel et le bébé imaginaire et celui fantasmatique.

Ambivalence : mélange de sentiment ambivalent, positif et négatif, la plupart du temps l’aspect négatif demeure inconscient ou méconnu. Lorsqu’il y a une haine inconsciente et peut alors rester une surcompensation > surprotection > maintient  de relation fusionnelle empêchant l’individuation du bébé. (« embarras du choix » documentaire) [bébé issue de Viol/ Bébé choisit mais père parti]

* Trouble de la personnalité chez la mère : se répercutant dans les relations avec autrui (>bébé)  mères psychotiques / mères dépressives / mère alcoolique > caractérisé par l’instabilité de son état psychique, face à cette instabilité le bébé met en place des protections. Le bébé ne peut rien prévoir et ne comprends pas, il n’a jamais la même mère face à lui pourtant lui il a toujours les même besoin. Pour lui, il est nécessaire qu’il y ait une continuité dans les comportements, et dans ce cas il cherchera à comprendre et prévoir > état d’hypervigilence de l’enfant. Observer les moindres signes qui prédiraient des états de violence de la mère. Il n’a pas la temporalité suffisante pour son développement.
* C’est quand des perturbations de la réciprocité viennent se traduire par une inadéquation des réponses de la mère au bébé.

**Excès de stimulation :**

Aspect quantitatif

On observe un excès de stimulation quand la mère ne tient pas compte des signaux du nourrisson qui exprime qu’il est débordé par les stimulations. Ces signaux sont : détournement regard ou tête/ yeux qui se ferment / expression faciale de tension voir même de détresse.

La mère n’identifie pas ces signaux et le traduit pas au bébé > fonction alpha proscrite.

De même la mère surestime l’endurance et la résistance de son bébé à la fatigue, elle ne voit pas qu’il est fatigué, qu’il a besoin de repos, et de calme. On constate même alors des insomnies chez des bébés de mère hyperstimulantes. Ceux sont des bébés dont les signaux de calmes, n’ont pas été entendus et par conséquent ils n’ont pas été retournés  au bébé par la mère (fonction Béta) > réponse concrète de la mère qui permet au bébé de les comprendre lui-même. L’absence de ces explications amènent le bébé ne peut identifier lui-même ces besoins primaires et il vient donc a lutter contre.

Vue de l’extérieure, on perçoit se comportement comme intrusions répété dans l’espace du bébé.

Ce sont aussi ces mères qui anticipent toutes demande chez l’enfant et qui ne lui laisse pas le loisir d’entré en communication en exprimant ses demandes propres et n’y de  désirer.

**> SOLICITUDE ANXIEUSE MATERNELLE.**

Mère omniprésente > **toujours déjà là** > elle ne manque pas. Ne permet pas à l’enfant de créer et d’halluciné sa présence en son absence et donc ne permet pas au bébé de la convoquée fantasmatiquement en son absence qui est normalement la naissance de l’érotisme > fantasme, qui le mène à téter son pousse. = cela est la création de la pensée.

Risque d’aboutir a l’inhibition des manifestations de son vécu affectif (cris / regards) parce que ces manifestations là ne constituent pas un moyens de communication efficaces car non reconnu par la mère.

**L’hypostimulation :**

**Aspect quantitatif**

L’hypostimulation peut s’observé dans le cas de dépression maternelle ou dans lequel l’inhibition de son intérêt  pour le bébé et son sentiment d’incapacité vont l’amener a réduire ses échanges avec lui.

Ce sentiment d’incapacité est très présent dans la dépression, et surtout dans la relation mère /enfant ce qui vient accentuer sa dépression car elle n’y arrive pas. La douleur de ressentir un défaut d’intérêt pour son bébé va accentuer le sentiment d’incapacité de la mère.

Il peut arriver aussi que les signaux du bébé interprété par la mère peut renforcer les ressenties de la mère, (détournement du regard => rejet d’elle-même.).

Elle peut également s’observer en cas d’inhibition névrotique de la mère ou encore de caractère schizoïde de la mère. Dans les cas ou la situation de sous stimulation se dégrade d’avantage, va se constituer un syndrome de carences affective, voir de négligence  du nourrisson.

**Expérience du visage impassible**> still face : (1970) > décrit la réaction particulière d’un bébé agé de 1 a 4 mois placé face à sa mère à laquelle on demande de maintenir un visage le plus neutre possible, sans répondre aux sollicitations interactives du bébé.

Résultats : après une 20aine de seconde pendant lesquels le bébé sollicite sa mère de façon habituel, le comportement du bébé va se modifier > air sérieux + il s’agite+ regarde loin ou détourne le regard+ les traits de visages vont devenir tombant et même sa tête va s’effondrer. Suite a sa les expressions faciales vont devenir de plus en plus rare et peu a peu il se retire complètement de l’interaction et se met à sucer ses doigts, balancer sa tête et accentue son retrait.

**Le modèle du visage impassible montre a l’évidence que le visage maternelle constitue pour le bébé un étayage affectif indispensable. Au fond cette expérience semble démontrer ce que Winnicott disant : « le premier miroir du bébé est le visage de la mère ».**

**Expérience de l’interaction différée>**  (1985) Etudie les effets de la désynchronisation des interactions mère bébé. Bébé de deux mois, système vidéo particulier, mère et bébé en face à face mais par écran vidéo interposé (webcam)

1ière séquence : temps de direct > interagissent en direct = interaction habituelle.(mimique regard prosodie) > appelé par  STERN **l’accordage affectif.**

2ième séquence : dans la continuité du premier temps, le bébé reçoit sur l’écran non plus la mère interagissant en direct mais une séquence de la mère préenregistrer.

* Il s’agit donc d’une « mère automatique » inaccessible même si elle montre une mimique accueillante.
* La gestualité du bébé va se modifié > réaction de retrait et semble inquiet . réaction proche de celle observé lorsque  la mère impassible

Cela nous montre que le bébé est sensible non seulement  a la forme du visage maternelle et à son animation (ou figement)  mais aussi est sensible à la qualité dynamique de sa mimique et en particulier à son aspect accordé et à sa capacité d’interagir dans l’instant de l’échange.

Dans le cas d’un visage aux mimiques automatiques le bébé inquiet se retire.

le bébé serait donc encore plus sensible à une mère présente mais absente. Mère absente en présence ( là s’en être là)

Ce modèle crée une analogie à la situation d’un bébé face à une mère durablement accaparé par un état dépressif et qui disent qu’elles agissent en étant ailleurs.

**Ce modèle mais en scène le concept de l’accessibilité de la mère. On peut dire que pour le bébé le premier critère d’accessibilité siège dans la capacité à établir facilement un accordage dans l’interaction en face à face.**

**Les fixations et régressions des schémas interactifs :**

**Rappel :** *l’interaction mère nourrisson est un processus évolutif qui suit une maturation. Cela veut dire que l’interaction doit être ramenée à l’âge de l’enfant. Même si le schéma interactif est apriori harmonieux  il peut cependant révélé que mère et enfant sont restés fixées ou sont revenues à des modalités interactives d’un stade de développement plus précoce.*

Ex : interaction reste à un stade symbiotique alors que l’enfant à 1 an.

Cela va entraver le processus de séparation - individuation du bébé.

Mais on peut aussi avoir des cas, où la mère exige une automatisation très précoce de l’enfant, à un moment où les besoins de dépendance du bébé sont encore très importants.

Ex : Exigence à la propreté à un âge trop précoce.

**Les carences :**

Enfant confronté a des relations insuffisances  dans le temps avec des objets stables (personnes).

Cela crée des troubles, selon l’âge du bébé, de l’intensité des carences mais aussi des qualités des relations avant et après la mère.

Carences larvés : dans les cas ou malgré la présence effective de la mère les besoins affectifs du nourrisson ne sont pas comblés.

Ex : holding purement physique et non psychique lors de dépression.

Enfant carencés = enfants abandonnique ou affamés affectifs. C'est-à-dire des enfants et des adultes présentant des angoisses d’abandon, et qui mèneront une quête incessantes de preuve qu’ils sont aimables, mais c’est un puits sans fin.

**Expérience de mère incarcérée :**

Réactions de l'enfant aux séparations - étaient un bon indicateur du type d'attachement que l'enfant a développé avec sa mère ou son parent → on parlera de la figure d'attachement bien souvent la mère.

-Sont aussi révélatrices des perturbations des interactions précoces (impossibilité de se séparer = relation fusionnelle)

-modèle du lien anxieux ou de l'attachement anxieux → nous intéresse du point de une de l'observation de réactions de l'enfant lors de la séparation

-fin des années 70 : enfant de 12 mois avec leur figure d'attachement (en général la mère) → il s'agit d'observer les réactions de l'enfant à la séparation avec sa figures d'attachement des des conditions contrôlées - Dans le pièce d'expérimentation : jouets de l'enfant, l'enfant, figure d'attachement et une personne étrangère -Soit la figure d'attachement part, soit la personne étrangère part. On observe aussi le retour dans la pièce -On va différencier des types d'attachement en fonction des réactions de l'enfant4 types d'attachement : -Type A : l'attachement évitant → évitement de la figure d'attachement quand elle revient dans la pièce. Le contact n'est pas recherché -Type B : attachement confiant → contact recherché lors du retour de la figure d'attachement sans ambivalence et même un contact à distance (par le regard peu suffire) Il a intériorisé un bon objet interne qui est à la base de la sécurité interne -Type C : attachement ambivalent ou anxieux → contact recherché mais en même temps fuit ça se traduit par e fait que l'enfant veut protester quand il est pris par la mère et qu'il est posé c'est à dire qu'il proteste tout le temps, cette attitude paradoxale est typique pour certains enfin, dur pour le parent -Type D : attachement confus, désorganisé → domine les postures d’appréhension et de crainte, de confusion voire de dépression chez l'enfant. L'enfant peut être complètement

Une mère en type d'attachement anxieuse va développer un attachement anxieux avec son enfant mais ce n'est pas toujours le cas ; parfois elle peut compenser

Séparation et dépression

séparation traumatisante chez l'enfant très jeune entre 5 mois (avant peu séparé de la mère)et 3 mois c'est le moment la séparation est traumatisanteSpitz 3 phases que traverse l'enfant : -phase de protestation lors de la séparation (l'enfant pleure, s'agite, cherche à suivre son parent, l'appelle, paraît inconsolable) après 2 3 jours les manifestations bruyantes s'atténuent -phase de désespoir (l'enfant refuse de manger, d'être habiller, il reste renfermer sur lui même, inactif et ne demande plus rien à son entourage. Il semble dans un état de grand deuil) -phase de détachement c'est à dire qu'il ne refuse plus les soins ou la nourriture mais il présente une passivité excessive , il se laisse faire. A ce moment s'il revoit sa figure d'attachement à ce moment là il peut ne pas la reconnaître ou

Si l'absence n'est pas trop longue l'enfant repasse par 3 phases un attachement anxieux, puis de l'agressivité et enfin un retour aux relations normales. Si l'absence se prolonge on voit apparaître une dépression anaclitique : il s'agit d'un mode infantile de réaction dépressive à la séparation. Spitz a créé ce terme du grec qui veut dire s'appuyer sur, l'enfant s'appuie normalement sur sa mère pour se construit et cet appuie qui lui manque soudainement dans la dépression anaclitique, perte de l'objet primaire en tant qu'appuie vital. Il va décrire cette dépression allant jusqu'à un degrés très grave qu'il appellera l'hospitalisme. Il a décrit cette dépression en observant des enfants en pouponnières séparés de leur parent. Au bout du 3ème mois les enfants refusent le contact, restent la plupart du temps couchés sur le ventre, l'insomnie se déclare, la perte de poids continue. Tendance à contracter des maladies intercurrentes. Au delà de 3 mois, la rigidité faciale s'établit fermement, les enfants présentent un faciesse crispé et vieilli, les pleurs cessent et sont remplacés par des géniements, le retard moteur s'aggrave laisse place à la léthargie le QD décroit

la guérison peut être rapide si l'objet d'amour peut être rendu à l'enfant dans les 3 à 5 mois par contre si la carence affective se prolonge les enfants vont présentés les symptômes d'une grave détérioration qui ira en s'empirant et qui sont irréversibles c'est l'hospitalisme décrit par Spitz. Les enfants restent sur le dos incapables de se retourner, le visage vide et sans expression, le QD régresse jusqu'à présenté un profil de débilité grave par exemple à 4 ans il ne s'assoit plus, ne parle plus et le taux de mortalité devient anormalement élevé. Pou décrire ce symptôme on parle aussi de marasme qui est une sidération organique et psychique qui peut mener jusqu'à la mort bien qu'elle soit rare.

Acquisition fonctionnelle le langage est atteinte en premier ainsi que la sphère de l'adaptativité perte des acquisitions motrices et l'apparition de stéréotypies et de balancements. Dans une phase ultime, c'est l'atteinte des fonctions végétatives comme la digestion et affaiblissement des défenses physiologiquesAtteinte psychologique, retard carentiel affectif qui touche toutes les capacités de conceptualisation, d'abstraction, on parlera d'immaturation acquise

Déficit du moi dans sa fonction médiatrice entre le sujet et son entourage (principale fonction mis à mal), appauvrissement du moi dans ces investissements narcissiques et objectaux qui s'expliquent par la difficulté de l'enfant à s'identifier à une image parentale, de fait, une impossibilité d'introjecté un bon objet interne.

On emploie encore le terme d'hospitalisme pour parler de l'hospitalisme intra-famillial, l'enfant n'est pas séparé de son parent mais ce sont des parents délaissés par leur parent

séparations répétées ont le même effet que les séparations prolongé, l'enfant est replacé dans le vécu de ces 3 phases qui ont un impact sur l'enfant. Au lieu de se construire, il va se défendre, réagir. Mort et somatisation dans les cas extrêmes, évolutions déficitaires fréquentes ; il reste de manière général un sentiment d'insécurité interne avec des angoisses abandoniques très fortes. A l'âge adulte apparaîtront trop souvent des personnalités dépressives limite addictives ou psychopathiques. Autres formes d'un état dépressif sous des formes masquées, c'est le cas de certains nourrissons qui présetent une certaine indifférence, inertie motrice, pauvreté interactive et une tendance au replis, ce n'est pas une symptomatologie bruyante, peuvent ne pas être perçus, peuvent être mis sous le caractère de l'enfant et peuvent traduire d'une dépression chez l'enfant.

Si souvent ces cas là, traduisent une séparation avec la mère et une présence effective réelle de la mère mais une absence psychique qui fait que la mère n'est pas disponible affectivement c'est le cas de nourrisson de mère elle même dépressive. Là, la dépression du nourrisson va être marquée par un état d'impuissance, de désespoir et de résignation face à la souffrance mentale de sa mère c'est à dire que l'enfant ne parvient à faire en sorte que sa mère aille mieux « lui redonner vie ».

signes cliniques du tableau dépressif de l'enfant en 6 points :

-tristesse, douleurs morales et ennui sans que ces états affectifs soient aussi intense que chez l'adulte, l'enfant n'exprime pas ou très peu avec des mots cette douleur morale. L'enfant ne masque pas son état affectif, l'enfant a l'air triste. Suite à un événement pas grave l'enfant va s'effondrer comme si c'était la fin du monde, l'enfant devient inconsolable. « je m'ennuie » est une parole adressée à l'autre pour qu'on s'occupe de lui. Dans ce cas là, l'ennui empêche l'enfant de jouer, il n'a envie de rien et a l'air d'attendre que ça passe ; c'est un ennui qui traduit la vacuité intérieure. Perte de l'énergie habituelle , qui va se traduire chez l'enfant par des plaintes de fatigue anormales, modification de l'énergie que l'enfant avait, changement de l'enfant. Autodépressiation souvent dites en mot par l'enfant qui dira « je suis nul, je sais pas faire, je n'y arriverait jamais... » C'est extrêmement grave que l'enfant parle de lui même comme ça

-Troubles du comportement marqués par l'agitation qui associe de l'instabilité à des manifestations agressives ce sont des défenses maniaques au contraire de lutte contre l'émergence des affects dépressifs. Mélanie Klein a théorisé ces défenses maniaques, c'est une lutte contre la dépression

-troubles du comportement marqués par l'inhibition qui peuvent affecter la sphère cognitive. Inhibition intellectuelle, verbale, échec scolaire fréquent pourtant sans baisse de l'efficient et puis une modification de l'attitude envers l'école. L'inhibition peut être gestuelle aussi : pauvreté 'expressions de l'enfant et une attitude de lassitude très visible chez l'enfant

-attitudes de retrait, de désintérêt et de passivité qui s'accompagne de sentiment de rejet et d'isolement. On note une diminution de la socialisation, un comportement particulier de quête affective paradoxale → l'enfant est dan une demande de réconfort affectif et en même temps, il a une difficulté à accepter tout témoignage d'affection, il va le rejeter.

-attitudes ou comportements autoagressif et autodestructeur pare exemple les fréquentes mises en danger, accidents, blessures, jusqu'au tentative de suicide, elles sont plus fréquentes à l'adolescence

-troubles des grandes fonctions qui peuvent masqués les affects dépressifs comme les troubles du sommeil (hypersomnie=dépressif, insomnie=maniaque), de l'alimentation (perte de l'appétit, du poids ; on ne perçoit pas tout de suite le lien avec une dépression soujassante, perte des contrôles sphinctériens perçus comme une régression)

A coté des dépressifs francs, il existe une symptomatologie plus floue mais plus durable. Car elle est ignorée ou déniée par les parents.

Les symptômes sont non entendu et la symptomatologie n’est pas traitée.

Cette symptomatologie s’exprime avec l’instabilité, de l’agitation, l’irritabilité qui risque de prendre le devant de la scène et aboutir à des tableaux d’allure caractérielle mais cela se pérennise et est dure de trouver de façon sous jacent la dépression de l’enfant.

Equivalent dépressif : ensemble de troubles surtout des symptômes psychosomatique qui peuvent masquer des affects dépressifs.

Certain symptômes sont d’ailleurs des défenses contre la dépression, certaine conduite vont s’inscrire dans « les défenses maniaques » de Mélanie Klein, tel que l’agitation, la turbulence, l’instabilité psychomotrice, la logorrhée, ensemble de conduite d’opposition et de revendication face à la souffrance dépressive.

La bouderie à la rage et aux manifestations auto ou hétéro agressive, peuvent être des défenses maniaques établies par l’enfant pour dénier tous affects dépressifs  ou pour en triompher.

**Facteurs fréquents dans l’anamnèse des patients à l’origine de la dépression infantile :**

1. Les expériences de séparation ou de perte précoces et répété à valeur traumatique.
2. Les carences parentales ou incohérence affective ou éducative (avec ou sans séparation), les parents rejetant leur enfant ou indifférent face à lui, car il existe une différence entre l’enfant réel, l’enfant imaginaire, l’enfant fantasmatique, l’enfant acquière alors une place de mauvais objet.
3. Fréquence  de la dépression parentale (++ maternelle), dans un premier temps l’enfant tente en vain de ranimer, puis dans un second temps il désinvestie  et se retire de l’interaction, et enfin dans un dernier temps l’enfant s’identifie en miroir  à cette imago-maternelle psychiquement morte qui sera conservé dans le moi de l’enfant, il n’y a à aucun moment de mort réel de la mère.

André GREEN appelle cela « le complexe de la mère morte »

La mère morte : psychiquement par l’enfant. Cette perte créait une hémorragie narcissique très importante.

Il y a 2 conditions pour parler de mère morte :

-          Mère eu été aux yeux de l’enfant investie comme vivante mais qui soudainement  tombe dans la dépression et désinvestie l’enfant brutalement.

-          Nécessité de l’intériorisation de l’identification en miroir par l’enfant.

1. Impossibilité de l’enfant à répondre à l’attente parental pour réaliser leur idéal du moi > souvent mégalomanie > due à l’excessive sévérité éducative qui va susciter la constitution  d’une instance sur-moiïque impitoyable  et très sévère. L’enfant en vient à ne jamais se sentir à la hauteur de l’attente parentale, ce qui conduit à une dévalorisation et à une intériorisation de cette exigence, l’enfant met la barre haute et l’enfant n’est jamais satisfait = état dépressif profond.
2. Enfants victimes de sévices, développement d’une sur-moi impitoyable + souvent état dépressif, donc développement du sentiment que si cela se passe c’est qu’ils sont méchants, coupables des coups et indigne d’être aimer et coupable de ne pas avoir de bon parents. Ici il voit la confirmation de leur méchanceté = cercle vicieux > Dialectique du mauvais objet.

Il n’y a pas de spécificité de symptomatologie et d’organisation psychique de l’enfant.

D’un point de vue de psychopathologie il y a deux types de dépression :

1. Les figures du vide et de l’irreprésentable : Celle due à une déprivation précoce et massive = carence. C’est le cas ou l’enfant n’a pas été investie, c’est donc un  défaut d’investissement primaire.

-          Altèrent l’équilibre psychosomatique de l’enfant et entraver les conditions de maturation et de développement.

-          Conséquence grave quant au développement de l’enfant.

1. Les figures du plein de l’objet manquant > celle consécutive  à une absence, une perte, un manque secondaire > l’image de l’objet manquant est intériorisé et  c’est cette représentation qui provoque le travail dépressif proche du travail de deuil.  (mère morte)

-          L’absence de l’objet rempli tout = présence excessive de l’absence.

Approche psychanalytique met l’acens sur le rôle des fonctions qui perturbent la création de la relation d’objet.

Ainsi que l’introjection du bon  objet qui sont garant du sentiment continu d’exister de l’enfant.

Un défaut de cela, induit un sentiment d’insécurité interne qui est pourtant constitutif de l’équilibre de l’enfant.

La psychologie insiste sur le rôle des séparations précoces, des pertes d’objer et ces conséquences dans la genèse de la dépression infantile.

Selon diverse modalité, la perte objectale définitive, séparation répétées et traumatiques ou encore incohérence, imprévisibilité des relations affectives et ambivalence maternelle (abs psychique mais présence physique), dans ce cadre la dépression de l’enfant est considéré comme une réaction affective fondamentale à des évènements extérieurs marqués notamment pat la perte ou la séparation d’avec l’objet d’amour.

Pour d’autre auteur comme Mélanie Klein, la position dépressive  viendrait d’un développement maturatisme normal ou domine le conflit fantasmatique.

La théorie de  la position dépressive de klein va être à la base de la compréhension des dépressions. La dépression venant d’un échec de l’établissement de la position dépressive dans l’enfance.

La position dépressive entant que période du développement > ce serait une phase par laquelle passe tous les bébé qui peuvent ou non la réussit.

Il existe 2 positions psychiques :

1. La position schizo-paranoïde ou l’enfant met en place des mécanismes de clivage qui est un premier tri de l’objet et du moi, auquel s’ajoute une projection des mauvais objets et des craintes.
2. La position dépressive : qui est le stade de perception de l’objet total > réunification des éléments.  C’est une maturation > on perçoit petit à petit la globalité de l’objet.

Les angoisses dépressives sont des craintes de perdre l’objet, les mauvaises parties détruisent les bonnes. Cette crainte prouve aussi ces pulsions destructives envers  les mauvais objets qui induit une forte culpabilité et des angoisses de perte et d’abandon. Pour cela il y a une mise en place du Processus de réparation qui permet à l’enfant de faire fae à sa souffrance dépressive, restaurant et préservant le bon objet. Il existe donc une nécessite de la survivance de l’objet.

Pour Klein les processus maniaques excessifs viennent montrer une non mise en place de la position dépressive.

LES TROIS ORGANISATEURS PSYCHIQUE DE RENE SPLITZ :

Splitz s’est intéressé à la reconnaissance progressive par l’enfant du monde extérieur et de l’objet maternelle, l’objet en tant que sujet. Relation pré objectale et objectale. Cette reconnaissance  d’autrui  est pour lui l’intégration de plusieurs expériences parcellaires, grâce notamment à l’évolution des moyens perceptifs de l’enfant.

Il décrit trois période organisateur > phase critique et en même temps vulnérable du développement de l’enfant, pendant lesquelles ce fait jour une structure psychique nouvelle> un nouveau de complexité plus élevé. Elles ont donc ces trois périodes, une valeur mutative.

Les trois expériences que Splitz décries sont liées à l’évolution de la relation mère enfant.

Stade anobjectale >l’expérience du nourrisson est caractérisé avant par une indifférenciation entre le moi et le non moi, entre le corps propre et celui de la mère, indifférenciation entre le dedans et le dehors.

**L’absence de ces stades, n’est pas révélateur du pathologique (> pathognomonique), mais peut paraitre inquiétante est tant donné qu’on ne peut être sur que l’enfant établisse sa différenciation et son moi.**

1. **Premier stade: Le sourire du 3ieme mois**: découverte par le bébé d’une forme privilégié qu’est le visage humain. C’est donc au cours du premier trimestre qu’après le premier organisateur, à savoir la réponse sociale au sourire de l’autre. On parle là du sourire volontaire du nourrisson (>sourire réponse) et non pas du sourire involontaire précédent. C’est l’âge ou le bébé répond par une réponse avec un visage tout sourire face à tout visage humain dès  lors différencié.  Au sein de la diade mère enfant, un tel signal de l’enfant prend un sens pour la mère qui réagit donc en conséquence. La répétition de ces expériences partagées, va permettre à l’enfant de rattacher la représentation de quelque chose d’extérieur, à ce qu’il éprouve à l’intérieur de lui et aussi au signal qu’il émet, qui prend alors un sens pour lui. Cela favorise la communication.

Cet indicateur, qu’est le sourire, témoigne de la mise en place des premiers rudiments du moi de l’enfant mais aussi de l’établissement de la première relation pré objectale encore peu différenciée. Le bébé entre dans une communication > sortie de l’état d’indifférenciation.

1. **2.       Deuxième stade : L’angoisse du 8ieme mois, l’angoisse devant l’étranger.** Le bébé va réagir de manière caractéristique face à l’étranger en pleurant et en criant.  Cela représente la reconnaissance par l’enfant de l’identité maternelle et il caractérise l’identification au premier objet  libidinal qu’est la mère. Apparait donc avec  la peur de perdre cette relation libidinale.  Sortie totale de l’état d’indifférenciation.

Entre le 6 et le 8ieme mois, l’enfant ne réponds plus part le sourire à n’importe quel adulte, il différencie alors le familier de l’étranger et va répondre à l’étranger par des attitudes qui vont du détournement du regard, à la grande angoisse.

Splitz interprète cela comme une angoisse liée à l’absence de la mère, et non comme un rejet de l’étranger. Ceci va révéler que la mère est maintenant clairement identifiée.

*«  L’angoisse de 8 mois est la preuve que l’enfant rejette tout, excepté l’objet unique. Autrement dit, l’enfant a trouvé le partenaire avec qui il va former des relations objectales. L’angoisse très précieuse ici témoigne donc du partage entre le mère et le non mère. Le visage étranger par le décalage qu’il introduit sur le plan perceptif va réveiller le sentiment d’absence du visage maternel. A ce stade, l’enfant accède au stade objectal et à l’établissement de relation d’objet diversifiée. »*

Mais la présence du père, peut amoindrir les angoisses du 8ieme mois, car il a déjà introduit du non mère dans les relations du bébé.

**Attention, l’absence de tout signe d’angoisse peut paraitre plus inquiétante que la présence de ces symptômes.**

1. **3.       Troisième organisateur : le non durant la 2ième année.** Acquisition de la négation, à savoir le non dit ou exposé par geste avec un plaisir manifeste. De plus avec le non débute la communication sémantique, mais aussi que l’enfant comprends et imite le geste de dénégation de la mère ou des parents, c'est-à-dire celle d’interdire certaine chose.

Pour l’enfant plus qu’une simple conduite d’imitation, il s’agit d’une véritable identification à un aspect de l’autre.

*Ana Freud décrit l’identification à l’agresseur le moi et les mécanisme de défense.*

Selon elle, c’est lorsque l’enfant devient acteur de l’ « agression ». C’est une façon de surpasser le côté traumatisme, mais aussi d’avoir un certain contrôle de la situation.

Il est important que cela permet à l’enfant d’avoir un certain pouvoir sur le monde extérieur mais aussi comme une tentative de contrôle des parents. Il s’oppose à tout et se piège lui-même.

Le non des parents aide les enfants a dépasser le stade du non, il faut donc un non ferme pour qu’il l’intériorise comme pause de limite interne. Complete distinction entre lui  même et l’objet maternel. Différencier sont propre désir à celui de l’autre.

cette organisateur est essentiel dans le processus de subjectivation de l’enfant.

C’est en disant non qu’on s’affirme, car on affirme ce que l’on veut.

Pour Splitz c’est le stade de la reconnaissance de soi, et c’est celui qui permet a l’enfant de rentrer dans le champs des relations sociales.

De plus, il constitue la première acquisition conceptuelle  qui permet l’accession au monde symbolique.

René Roussillon, fait de ce non la première forme du sur moi puisqu’il s’agit d’une identification à l’instance interdictrice. L’enfant intériorise pour lui-même ce non et cette négation.

Principe de réalité qui prends petit a petit le pas sur le principe de plaisir.

Ces stades sont des témoins  du développement de l’enfant.

LES TROUBLES NEVROTIQUES CHEZ L ENFANT(nouvelle partie)

**Différences entre névroses de l’enfant et la névrose infantile :**

Les névroses de l’enfant, se dit aussi état /troubles névrotique, est ce que l’on étudie.

La névrose infantile est un moment inévitable du développement psychique décrit par Freud, qui correspond au conflit central, conflit œdipien et de castration. C’est donc complexe modal ou s’organise toute la vie de l’enfant, il ne s’agit pas de névrose à proprement parler. Elle renvoi a la manière dont chacun à traversé ces angoisses et conflit.

La névrose infantile témoigne d’un moment structurant dans la construction du psychique de l’enfant, au contraire les névroses de l’enfant, témoigne d’un penchant pathologique.

**Discontinuité entre les symptômes de l’enfance et la pathologie de l’adulte**

Les symptômes d’une série névrotique durant l’enfance ne sont pas annonciateurs de la névrose correspondante à l’âge adulte.

De même il faut évaluer les symptômes en termes d’intensité de fréquence et de persistance au-delà de l’âge ou ils sont  les plus habituels.

Pour Ana Freud, c’est l’aptitude ou l’inaptitude d’un enfant à progresser dans son développement qui sera pathologique. De plus il faut aussi différencier les régressions permanentes, des transitoires et donc normales dans le développement.

Il y a donc une symptomatologie névrotique selon l’âge de l’enfant, qui va évoluer avec lui.

Entre 3 et 5 ans, période œdipienne très riche en manifestation symptomatiques qui émergent de façons normale, et il faut se demander si ces symptômes permettent une liaison  suffisante de l’angoisse, c'est-à-dire qui permettent de faire baisser l’angoisse, compromis efficaces ou non.

S’ils ne sont pas, il y a aura un débordement émotionnel, un régressement  aux stades prégénitales qui conduiront à une fixation du symptome.

Entre 6 ans et 12 ans, période de latence, montre des manifestations symptomatique très riches sur l’inhibition névrotique et les conduites obsessionnelles.

L’inhibition a une fonction de renoncement du moi aux pulsions, et les conduites obsessionnelles ont pour fonction la tentative de dominer du moi, et viennent signer à la fois le contrôle effectuer par le moi.

Le moi est au premier plan, c’est d’ailleurs, la période plaisir pris fonctionnement du moi, plaisir à apprendre.

1] Trouble névrotique à dominante anxieuse :

Ce qui domine l’expression symptomatique c’est essentiellement l’angoisse.

2 pôles :

-          Angoisse aigüe & Anxiété diffuse.

-          Angoisse chronique ou intermittente & ponctuelle (épisodique)

3 formes principales d’expressions de l’angoisse :

1)      **Réactions d’angoisse épisodique** sous forme de crise d’angoisse. Ses épisodes sont souvent associés à des évènements traumatiques pour l’enfant. Par exemple des maladies infantiles, interventions chirurgicales. Ils sont vécus de façon traumatique par l’enfant (même si c’est banal)

2)      **Crises d’angoisse paroxystiques** qui vont associer deux phénomènes, dit **psychiques** c'est-à-dire un sentiment d’intense malaise intérieur, de désarroi & de catastrophes imminentes. A ces phénomènes psychiques sont associés des **phénomènes somatiques fonctionnels**, on a donc les dyspnées, tachycardie, troubles digestifs, incontinence, tremblements… Elles surviennent dans un contexte particulier, cela peut être au moment du départ à l’école, la veille d’un examen, contrôle… Elles vont s’exprimer sous la forme de crises de panique intenses au cours desquels l’enfant parait terrifié, il est tremblant, transpirant. Cette crise s’apparente à l’état de choc traumatique. Il présente en outre des symptômes somatiques (mal de ventre, envie de vomir, j’me sens mal, tomber dans les pommes…)

**3)      Un fond permanent d’attente anxieuse,** l’enfant est toujours pessimiste, inquiet, il prévoit toujours des obstacles, complications, accidents. Il s’attend toujours au pire. Etat d’hyper-vigilance exagérée qui est parfois épuisant, est associé à un état de fatigue, car l’enfant est aux aguets. & puis surtout ça vient se faire au détriment du développement de l’enfant. Cela rend l’enfant indisponible au reste. Le but de cet état d’hyper-vigilance est l’hyper adaptation à son environnement, comme ça il est prêt au cas où il arriverait quelque chose. Pour conséquence : l’enfant aura tendance à se replier sur une existence protégée, routinière, dans une forme de fuite du monde extérieur. Cela pourrait aller de pair avec des manifestations obsessionnelles (rituels) pour que l’imprévu n’arrive pas.

De manière générale, il y’a presque toujours des troubles du sommeil, souvent à type d’insomnies d’endormissement, mais aussi des réveils nocturnes, & l’insomnie d’anticipation (réveil bien trop matinale, car anticipation). Egalement symptôme d’hypersomnie particulière, car elle n’apporte pas le repos, plainte de fatigue qui se perçoit chez lui, sommeil non réparateur. On a un enfant épuisé. Mais aussi on observe un tempérament hyper émotif & irritable, & qui présente des troubles fonctionnels chroniques. (ex : digestifs, urinaires, maux de tête…)

**Remarque :**

* L’enfant ne se plaindra jamais qu’il est angoissé, il peut arriver qu’il le dise, mais ce sera juste car il l’a entendu de ses parents. Ou alors « j’suis angoissé comme maman ». Par contre il présentera des symptômes qui auront cette signification.
* L’angoisse est inéluctable & inhérente au développement de l’enfant, elle est « normale » & attendue. L’angoisse sera le témoin de la lutte de l’enfant. ***Winnicott*** dit que « l’absence d’angoisse chez l’enfant est inquiétante ».

**Question essentielle :** Savoir devant un tableau de manifestations de l’enfant, est ce que celles-ci témoignent d’un développement affectifs pathologiques ou bien si elles traduisent de façon transitoire & réversible les conflits normaux de la vie de tout enfant ?

Précision : On ne pourra parler d’états névrotiques d’angoisse que lorsque les mécaniques de défense contre cette angoisse sont durablement débordés. C’est d’ailleurs pour ça qu’on parle d’un « débordement d’angoisse » qui va envahir le moi de l’enfant. ***Freud*** parle du traumatisme comme un « débordement d’angoisse ».  [Selon Ana freud, ce qui est significatif est la capacité de l’enfant à gérer l’angoisse. ]

2] Troubles névrotiques à dominante hystérique

* **1ère forme** caractérisée par le théâtralisme, la mise en scène, le faire valoir & la mythomanie qui seront associés à une hyper sensibilité, à l’appréciation & au jugement d’autrui, qui sera associé également à une grande dépendance à l’autre, ainsi qu’une quête affective qui se traduit par le besoin d’être aimé, & surtout par un besoin incessant de recevoir des preuves/témoignages d’amour. A côté de ça, on va aussi observer une proportion à la dépression.
* **2ème forme** correspond à ce qu’on appelle **des effacements importants de certains secteurs de la perception :** les scotomisations. C’est de ne pas voir quelque chose qui est sous les yeux. Ce qu’il faut préciser, c’est que ces scotomisations sont dues à la prégnance du refoulement. Il y’a également des **effacements de la cognition/mémoire :** on parle de pseudo amnésies en secteur. Ces secteurs sont toujours significativement liés au conflit psychique de l’enfant. C’est ce qu’on appelle classiquement « rétrécissement du champ de la conscience »
* **3ème forme,** correspond au symptôme de conversion somatique, où c’est le corps qui va parler, il va avoir un langage d’organe. Ils peuvent concerner la motricité = pseudo paralysies, la sensorialité = pseudo cécité, pseudo surdité, le fonctionnement neuropsychologique = convulsions… Tout ces symptômes sont accompagnés de la « belle indifférence de l’hystérique » c'est-à-dire une forme d’indifférence de ses symptômes pourtant pour certains très spectaculaires.

**Remarque :** les syndromes conversifs pourront apparaitre à la période œdipienne mais surtout à la latence.  Cependant le qualificatif d’hystérique est souvent employé chez l’enfant notamment pour des manifestations diverses qui sont normales chez l’enfant comme le théâtralisme, la séduction, l’exhibition ou encore la manifestation de troubles somatiques et fonctionnels (valeur d’expression de malaise psychique chez l’enfant jeune) -> ce qui rend le diagnostic d’hystérique très dur chez l’enfant.

On pourra être amené à évoquer l’hystérie devant des symptômes aussi différents que par exemple le mutisme complet (milieu familial + extrafamilial), alors que le mutisme extrafamilial sera plutôt de nature phobique du monde extérieur. Les mutismes peuvent aussi faire penser à des abus subis par l’enfant à la maison. Aussi, devant certaines inhibitions dans les apprentissages scolaires, particulièrement avec des troubles de la mémorisation, des amnésies en secteur, un défaut d’attention.. etc. Evidemment, on sera enfin amené à évoquer l’hystérie, devant des aphonies, des paralysies diverses et variées, des boiteries ou toute forme de douleur.

                Pour faire le diagnostic il faut alors associer des symptômes hystériques et des traits de personnalité hystérique.

L’explication psychologique de la prédisposition à l’hystérie : il y aurait des pulsions libidinales trop intenses face à un « moi » trop immature ; c'est-à-dire incapable de les contrôler, de les canaliser, de telle sorte que l’ensemble du corps et des conduites de l’enfant seront saturés d’investissements libidinaux. Ce que l’on note encore, c’est une domination de l’oralité dans l’hystérie, c'est-à-dire une fixation au stade oral.

3] Les troubles névrotiques à dominante obsessionnelle

Ces troubles névrotiques regroupent deux choses :

* Des traits de caractères dits anaux comme l’ordre, l’entêtement, l’avarice, le gout des collections.. etc
* Des formations réactionnelles au désir anal comme la manie de la propreté, la scrupulosité, la pitié, l’obséquiosité…etc.

Formation réactionnelle (mécanisme de défense identifiable) : Attitude psychologique de sens opposé à un désir refoulé et constitué en réaction contre celui-ci. L’exemple le plus représentatif est celui de la pudeur s’opposant à celui de l’exhibitionnisme. C’est la marque du refoulement, et on voit bien dans ce passage de l’exhibitionnisme à la pudeur que les tendances exhibitionnistes ont été refoulées et qu’à leur place, c’est une réaction par le contraire qui est mise en avant. On observe typiquement au moment de la latence un changement presque systématique chez les enfants avec apparition de la pudeur. Autre exemple, le souci de la propreté, qui vient s’opposer à un désir de souiller et de se souiller.

Par ailleurs, les effets observés vont être soit

* des symptômes dominés par l’activité compulsionnelle (ex : des idées obsédantes, des rituels ou des gestes conjuratoires) qui visent à chasser les mauvaises pensées ou les mauvaises actions et le plus souvent sur un mode magique. On appelle ça, la pensée magique chez l’enfant, ils ont l’impression que leur pensée toute puissante va avoir une influence sur le monde extérieur, comme ils pourront craindre les conséquences de leurs pensées. L’enfant, au moment de l’acquisition de la propreté, va tenter de maitriser sa propre évacuation fécale. On observe aussi les rites du coucher qui, s’ils sont normaux dans une certaine mesure dans l’enfance, peuvent devenir pathologiques en grandissant et durer plusieurs heures.

Dans la même série, on observe les tics chez l’enfant (les TOC de l’adulte), des ruminations mentales, l’arithmomanie (contrainte de compter tout et n’importe quoi dont l’enfant ne peut pas se libérer, il veut maitriser l’environnement).

* Le deuxième effet observé se traduira par des comportements et des modalités relationnelles dominées par l’hésitation et le doute, qui vont se caractériser par l’impossibilité de faire un choix, de prendre une décision. Il y a aussi un besoin de vérification permanente, l’épreuve de réalité est inefficiente, le doute annule sa vérification car il est dans l’obsession mentale et non dans la perception. Ce sont surtout les vérifications incessantes qui sont source d’angoisse et qui empêchent de vivre.

On va donc observer deux aspects :

-          Aspect mentalisé : Les obsessions qui sont donc des pensées, des sentiments, des représentations, des images qui sont en désaccord avec la pensée consciente du sujet et surtout qui s’imposent à lui et qui assiègent son esprit avec un sentiment de malaise anxieux.

-          Aspect agile (comportementalisé) : Les compulsions qui sont des actes que le sujet se sent contraint de réaliser. Malgré leur caractère absurde, ils servent à apaiser l’angoisse liée à ses obsessions.

Chez l’enfant, si les rituels sont très fréquents, les obsessions sont plus rares. On constate l’apparition soudaine, à la puberté, de l’inhibition avec l’apparition de doutes, d’hésitations… etc.  Très souvent, c’est le début de l’activité masturbatoire et la culpabilité que cela entraine qui va engendrer chez l’enfant ses formations réactionnelles. Plus rarement, on peut observer des manifestations obsessionnelles très graves dans la petite enfance, mais on ne sera plus dans la névrose, qui seront plutôt d’un mauvais pronostic et peuvent nous inquiéter dans le sens ou elles pourraient être le signe d’une psychose infantile précoce ou à une évolution pré-psychotique de l’enfant parce qu’elles ne sont pas dans un registre névrotique, ni le résultat du processus de refoulement, mais d’une tentative de maitrise et de contrôle de l’environnement chez un enfant qui va avoir un besoin d’immuabilité de l’environnement (que rien ne bouge) qui sera en compensation d’un défaut d’une permanence de l’objet interne.

Explication psychopathologique : Hyper maturité du « moi », devant des pulsions inacceptables, qui va donc mettre en place des mécanismes de défense, comme le contrôle, l’isolation, l’annulation. On parlera aussi d’une fixation au stade anal

4] Les Troubles Névrotiques à Dominante Phobique

La phobie correspond à un effet pénible et émerge en présence d’un objet ou d’une situation réelle que l’enfant ressent comme dangereux. Mais il ne s’agit pas de situation ou d’objet dangereux en soit pourtant.

Trois éléments dans les troubles phobiques :

- Les phobies : peurs paniques irraisonnées devant des objets ou des situations qui ne correspondent à aucun danger réel mais qui sont ressentis comme dangereux par l’enfant. Ne pas confondre avec les rationalités secondaires ; phobies où il y a un danger potentiel. Il peut y avoir des phobies incontournables mais le plus souvent on trouve des phobies de situation (exemple agoraphobies, claustrophobie, les vertiges d’altitudes, phobie des transports) et des phobies d’objet (exemple le plus typique les phobies d’animaux).

- Les conduites d’évitement : éviter à tout prix l’objet ou la situation phobogène. Ces conduites peuvent être très couteuses, très compliquer et prendre beaucoup de temps. Chez l’enfant cela implique tout son environnement, sa famille, ses parents. Quand les parents aménagent trop l’environnement dans le sens de la phobie de l’enfant, cela risque de fixer les symptômes phobiques

- Conduites de réassurance et en particulier l’utilisation d’un objet contra phobique (chose ou personne) qui permet d’affronter l’objet ou la situation phobogène, source d’angoisse. Les objets contra-phobiques quand il s’agit d’une personne ce sera souvent la mère, problème d’avoir toujours besoin d’être avec elle (bénéfice secondaire), quand il s’agit d’un objet cela peut être le doudou (objet transitionnel qui perd cette place, transitionnel ≠ contra-phobique). NB : si l’angoisse ne diminue pas il ne s’agit pas d’un objet contra-phobique.

Les phobies sont extrêmement fréquentes dans l’enfance et de signification très diverse ; peur typique : peur de l’obscurité. Elles sont constantes. Winnicott dit que leur absence totale risque d’être un signe d’un trouble psychique ; l’enfant serait alors incapable de reconnaitre son angoisse du fait de l’intensité de celle-ci et va donc devoir la nier en permanence car trop importante, ce qui va être très couteux et va l’empêcher de se développer par ailleurs.

Deux mécanismes très importants dans la phobie :

- Déplacement de la quantité d’angoisse

- Transfert de l’angoisse sur une représentation

Ce double mécanisme permet la liaison de l’angoisse, sa diminution. Le mécanisme phobique est donc structurant.

Les phobies sont donc normales et attendues ; elles sont signe de structuration psychique.

On a observé une évolution des types de phobies développementales selon l’âge de l’enfant :

- Phobies du noir et peurs nocturnes, dès l’âge de 2 ans.

- Phobies des gros animaux, vers 3 ans ; angoisse d’écrasement.

- Phobies des petits animaux (insectes), vers 4 ans ; crainte d’être pénétré – souvent cristallisée jusqu’à l’âge adulte sur l’araignée.

- Phobies de situation vers 5 ans (agoraphobies, claustrophobie, etc.).

Lorsque des phobies ne correspondent plus aux critères d’âges, alors il s’agit de troubles névrotiques. Ces phobies normales peuvent rester peu envahissantes et disparaitre avec l’achèvement du conflit œdipien.

Dans certains cas, notamment de réactions familiales inadaptées de surprotection ou encore de moquerie, les conduites phobiques vont être fixées et vont se structurer secondairement en organisations phobiques et entraver considérablement la vie de l’enfant. Les réactions familiales inadaptées peuvent être dues à la projection de l’angoisse parentale ou du propre vécu d’enfant des parents par exemple. Cf. cas du Petit Hans de Freud.

- Les phobies scolaires sont très fréquentes dans l’enfance ; le plus souvent elles surviennent vers 8-9 ans, à la fin de l’école primaire et se cristallisent autour de l’entrée en 6ème.

- Les phobies sociales (peur des autres) s’intègrent d’avantage dans des troubles graves de la personnalité de type pathologies limites ou encore des psychoses infantiles.

Les phobies archaïques (non organisées) :

Elles peuvent s’observer chez des enfants plutôt jeunes qui présentent un trouble du développement psychoaffectif ; c’est le cas des psychoses précoces, des TED, des états-limite de l’enfance ou des dysharmonies. Ce sont donc des phobies non-organisées caractérisées par leurs bizarreries.

Par exemple : peur de la chasse d’eau ou peur du bain -> angoisse d’engloutissement, de liquéfaction, peur de l’aspirateur -> être aspirée, peur de la machine à laver -> peur d’être pris dans quelque chose du mouvement tourbillonnaire, peur d’un trait de caractère chez une personne (peur de la barbe) ; très difficile à reconnaitre.

Souvent les parents n’identifient pas ce type de phobies qui ne sont pas énoncées par l’enfant et donc pas directement identifiables.

Ces peurs archaïques semblent correspondre à l’incapacité d’élaborer mentalement l’angoisse ; elles sont donc à l’opposé des phobies et donc pas dans des mécanismes névrotiques. Pas de conduite d’évitement ni de réassurance. Elles vont être caractérisées à l’inverse par un débordement d’angoisse.

Caractéristiques :

- Massivité de l’angoisse.

- Sidération de l’ensemble des capacités d’élaboration mentale (donc ne peut pas nommer l’angoisse).

- Absence de contre-investissement efficace (pas de conduites d’évitement ni d’objet contra-phobique).

- Fréquence de la décharge motrice : grandes crises d’agitation, d’automutilation, de colère. Cette décharge motrice est au premier plan et rend difficile la reconnaissance d’une réaction de peur.

Explication psychopathologique :

Les manifestations phobiques de l’enfance sont quasiment constantes et leur absence peut être inquiétante car l’enfant doit pouvoir extérioriser son angoisse en ayant peur de quelque chose de réel afin d’en être soulagé par un mécanisme de déplacement. Les phobies de la période œdipienne sont le résultat de la mise en place de défenses mentales, de type déplacement ou projection, donc pour lutter contre l’angoisse qui est inévitable au conflit psychique du développement, comme le conflit œdipien. Si à l’origine de toute phobie infantile névrotique se trouve le refoulement d’un contenu psychologique inacceptable pour la conscience, s’y associent toujours des bénéfices secondaires, comme rester auprès de la mère, ne jamais être seul, dormir dans le lit des parents ou même ne pas aller à l’école. Ces bénéfices secondaires vont constituer d’importantes résistances au traitement thérapeutique car l’enfant aura du mal à renoncer aux bénéfices secondaires, quitte à garder ses angoisses, ses troubles. Il faut donc toujours s’interroger sur les bénéfices secondaires.

**L’Autisme Et Les Psychoses De L’Enfant** (nouvelle partie)

Les Classifications :

- L’autisme est souvent classé parmi les TED, comme dans la SIM 10 (OMS) et le DSM IV.

- L’autisme est parfois aussi considéré comme une forme de psychose précoce, comme dans la CFTMEA -classification française des troubles mentaux de l’enfant et de l’adolescent-.

- 5 enfants pour 10 000 et 2 garçons pour 1 fille.

Caractéristiques Générales

>Angoisses des enfants autistes :

Angoisse primitives d’annihilation de non-existence ; c’est ce qu’on appelle les agonies primitives. Il y va de l’intégrité, de l’identité-même du sujet. NB : Angoisses psychotiques correspondent à des angoisses « d’être » (névrotiques : angoisses « d’avoir »).

>Défenses utilisées par l’enfant autiste :

- Agrippement adhésif, sous tendu par l’identification adhésive (de surface, il n’y pas d’intérieur des choses) ; il évolue dans un monde bidimensionnel.

- Démentellement : clivage passif qui vise à laisser tomber en morceaux l’unité du self, selon les différents sens (odorat, toucher, etc.) ; donc ce sont les sens qui sont dissociés. Cette dissociation vise à attaquer les liens, la consensualité qui est importante car elle donne du sens à tout expérience. Ce couper du monde ; inexister tout le reste.

Symptomatologie, 4 rubriques :

1. Isolement et retrait

L’enfant parait ne pas entendre les bruits ni les voix et ne pas voir les objets ou les personnes (mais pas de cécité ni surdité organique) ; c’est souvent le premier motif de consultation.

Le Regard : L’enfant a volontiers un regard périphérique ou alors il parait regarder à l’horizon, comme s’il traversait les gens. Ou un strabisme qui permet à l’enfant de ne pas focaliser sur les personnes ou les objets et ainsi de flouter le monde environnant, de l’inexister. Le regard de l’autre est perçu comme persécuteur ; l’enfant craint d’être pénétré par le regard de l’autre et en retour peut donc attaquer ses propres yeux (crayon, fourchette, etc.).

L’enfant autiste semble manifester un désintérêt quasi-total ; il se comporte comme s’il était seul ou comme-ci les autres n’exister pas. Tout au plus, il va s’intéresser à une partie de la personne, comme sa main ou un détail vestimentaire.

Très net refus du contact. L’enfant réagit au contact forcé comme à une intrusion brutale, avec une crise d’agitation avec exagération des stéréotypies mais aussi avec de l’auto-agressivité et des automutilations (va se mordre, se cogner la tête, etc.).

Absence d’expression affective manifeste ; l’enfant ne rit pas et ne pleure pas. Ou alors des rires immotivés.

Insensibilité à la douleur.

Cependant à travers les crises de rage et d’angoisse fréquentes qui terrassent ces enfants, on perçoit là la souffrance démesurée de l’enfant.

À l’égard des objets : Pour certains objets, l’enfant a un intérêt compulsif, non pas pour leur usage ni pour leur sens symbolique mais pour les manipuler, les sentir, les faire tourner, etc. (cf. identification adhésive). On parle du monde tourbillonnaire de l’autiste (fascination presque hypnotique pour les choses qui tournent).

On repère un comportement très particulier, « le signe du cube brulant » : l’enfant avance sa main pour saisir l’objet et la retire brusquement comme si l’objet était brulant.

2. Besoin d’immuabilité

Besoin impérieux et tyrannique de l’autiste de maintenir et de restaurer si besoin son environnement matériel habituel toujours identique ; la permanence de cet environnement, la stabilité des repères font même l’objet de vérifications diverses plus ou moins ritualisées. Chaque objet doit avoir une place fixe et définitive. L’enfant peut rester des heures dans son coin à vérifier que rien ne bouge. Et s’il y a une modification de l’environnement, même légère, il peut y avoir des crises de rage importantes. On note un besoin de compléter les objets ainsi que des manifestations d’angoisse devant des objets cassés ou incomplets. C’est ce besoin d’immuabilité qui explique les conduites exploratoires, minutieuses, parfois très longues de l’enfant placé dans un nouvel environnement qui cherche donc des repères.

3. Stéréotypies

Elles sont de deux sortes :

- Gestuelles --> Répétition de mouvements des mains, des doigts, des bras, avec des battements d’ailes, des tapotages, des rotations de l’enfant sur lui-même, des balancements d’avant en arrière (type de l’ours) ou d’un pied à l’autre, etc.

Parfois on note des activités ritualisées stéréotypiques plus complexes : -des vérifications diverses qui portent essentiellement, dans une pièce, sur les fermetures, les angles, les fenêtres, -des ritualisations des activités alimentaires (repas thérapeutiques) -> aliments de même couleur, besoin de boucher tous les autres orifices en mangeant, etc., -des ritualisations de l’habillage -> les habits viennent palier à des angoisses de défaillance des enveloppes corporelles, -des ritualisations du jeu qui chez l’enfant autiste n’a pas la fonction qu’on lui connait mais est bien de côté de la stéréotypie, -des ritualisations des activités sphinctérienne car angoisse de se vider entièrement ou d’explosion ; cela amène souvent à des rétentions qui amènent à des troubles secondaires, etc. Etc.

- Verbales --> Constantes quand l’enfant a un langage.

4. Troubles du langage

Constants dans l’autisme.

- Soit l’enfant n’a aucun langage, n’émet aucun son ou marmonne, chantonne. Parfois un jargon qui a la prosodie du langage mais pas de signification.

- Soit l’enfant a un langage mais qui n’a peu ou pas de valeur de communication.

L’écholalie est très fréquente (répétition de mots, de phrases, de bouts de phrases). Incapacité à utiliser le « je », remplacé par « tu » ou « il » pour parler de lui-même. L’enfant peut coller à la surface des mots indépendamment du sens des mots, c’est-à-dire coller à leur caractère rythmique, voire musicale. Ici les mots sont perçus comme des choses, persécutrices parfois. Matérialité et sensorialité des mots qui sont comme des coquilles vident de sens. C’est ça aussi qu’on entend par identification adhésive (à la surface des choses).

On peut distinguer 3 formes **principales** de l’autisme :

Il y a beaucoup plus de forme atypique de l’autisme que d’autisme pure.

-          Autisme infantile précoce, ou autisme de kanner : En 1943 Léo Kanner, psychiatre américain a décri et isolé une entité nosographique, l’autisme précoce infantile. Il insiste sur la précocité des troubles chez le jeune enfant, en effet la pathologie débute au cours de la 1ère année et les manifestations caractéristiques s’observent avant l’âge de 3 ans. Les signes cliniques sont ceux décrit précédemment. Ils sont faits principalement de trouble du contact et d’isolement, d’un besoin impérieux d’immuabilité, de stéréotypie gestuel et verbale et puis de trouble du langage.

-          Le syndrome d’asperger : En 1944, Asperger, médecin autrichien va isoler une psychopathie autistique de l’enfance qui est un syndrome autistique sans retard du développement cognitif ni du développement du langage. On l’assimile à la catégorie des autistes de haut niveau, l’enfant présente des capacités particulièrement hautes dans certain domaine, comme la mémoire, le calcul (Rain Man), elles sont souvent abstraites et surtout elles restent isolées de l’ensemble du développement psychiques et inadaptées (servent peu à vivre) dans l’ensemble.

-          Autisme secondaire régressif : Il débute dans la 2ène année et au cours après une période de développement « normale » jusqu’à 14-18 mois. La réalité d’une période de développement normale reste difficile à affirmer du faite en parti du fréquent déni parental, et du personnel de la petite enfance. Elle est propre des psychoses précoces. On parlera alors d’aspect autistique secondaire, qui apparaîtra dans l’évolution de trouble psychotique précoce initialement non autistique.

L’autisme est un sujet polémique par excellence, objet de débat théorique et idéologique passionné.  L’approche psychanalytique de l’autisme s’appuie sur les travaux de Donald Metzer. Et en France les principaux auteurs sont Geneviève Haag et Didier Houzel. Cette approche alimente de nombreuse controverse entre d’un coté les tenants d’une tonalité psychogénétique et de l’autre les tenants d’une tonalité organique. Si les modèles peuvent se compléter voir s’articuler pourtant ils demeurent en tensions et alimentent des débats contradictoires. Toutes ses recherches sont animées par le désir de trouver une étiologie à l’autisme. Pour l’instant il n’y a pas d’anomalie neurobiologique qui peut être considérer comme pathopneumonique (la signature) de l’autisme.

Pour Tustin, l’enfant autiste à travers des objets inanimés (objets autistiques) mais aussi dans son refus des objets animés (humains), tenterai de compléter son corps et de le combler pour nier la discontinuité entre lui et l’autre (nier la ≠ entre le moi et le non moi) : Illusion autistique. *Le trou noir de la psyché,* F. Tustin. Selon elle l’enfant peut aménager deux modes de défense pour se protéger de la dépression psychique:

-          Constitution de la carapace psychique qui est une réaction par lequel le monde extérieur se trouve exclu

-          Confusion entre le moi et le non moi, cad une réaction ou le monde extérieur n’est pas complètement rejeté   mais brouillé. C’est le cas des enfants autistes qui veulent traverser les murs, les tables.

Dans les deux cas la séparation entre le Self et la réalité extérieure est niée.

Les psychoses symbiotiques décrites par Margaret Mahler, qui mènent de la phase autistique normale à la phase symbiotique jusqu’au processus de séparation-individuation. Selon elle, la psychose symbiotique correspond à un développement pathologique des processus symbiotiques ordinaires. Le tableau des psychoses symbiotiques est dominé par les angoisses massives de séparation. Cad que les séparations vont déclencher des crises de rage particulièrement désorganisatrices. Selon elle la séparation est vécue comme un arrachement de l’enfant d’une partie de son corps. Toute séparation provoque des réactions extrêmes, comme des états de peur panique très intense, des accès de colère et de rage, des comportements destructeurs etc. Caractéristique de la relation à l’objet : Intrusion et hyper pénétration, ces moments d’intrusion alterne avec des mouvements de fuite, d’évitement, de rejet, voir de maltraitance de l’objet. Donc la relation à l’objet associe à la fois symbiose et destructivité. Ça se traduit en d’autre terme que l’enfant psychotique est en proie à une panique de séparation insoutenable d’un coté et d’une crainte de ré engloutissement terrifiante par l’objet symbiotique de l’autre coté. L’enfant pourra présenter ses comportements d’allure paradoxale de repousser et s’accrocher en même temps. Il peut y avoir le maintient de la relation symbiotique mais lors des 1eres séparations vont faire apparaitre la psychose précoce qui était en sourdine. Dans ces moments là le délire de la toute puissance symbiotique  se trouve menacé et se produit de profonde réaction de panique à la catastrophe de la séparation (ex : arrivée à l’école maternelle).

Roger Misses décrit une symptomatologie de type déficitaire, et d’une relation psychotique (psychose précoce, différenciée des autres, car type déficitaire, gravité du déficit mental). Le déficit mental est le risque majeur de l’évolution de la psychose précoce en générale. Ces formes à expression déficitaires peuvent être considérer comme des formes graves. Ainsi ces psychoses sont différenciées des autres du faite de la sévérité du déficit mental, dans la plupart des cas autistiques, ou psychose précoce coexiste également un retard mental et des troubles cognitifs.

Dysharmonie psychotique : Ces psychose apparaissent plus tardivement que l’autisme, leurs expressions ne deviennent manifestes que vers 3-4ans et sont caractérisées par la symptomatologie variable d’un enfant à l’autre mais aussi chez un même enfant suivant les moments de l’évolution (obsession, phobie, instabilité, etc.). Puis on a une évolution dysharmonie entre les ≠ secteurs du développement (langage, cognition, apprentissage etc.)

L’enfant aura une activité imaginaire et fantasmatique envahissante qui est marquée par la crudité et l’incohérence des expressions fantasmatiques souvent accompagnée d’une forte charge émotionnelle. L’enfant sera débordé par des affects très bruts (+ proche des éléments bêta qu’alfa). Malgré ça il peut garder en apparence une relative bonne adaptation de surface à la réalité, on note une rupture de la réalité moins massive que dans l’autisme même s’il peut existe de fréquente confusion entre le monde extérieur. Le clivage est prépondérant, va séparer les expériences vécu par l’enfant en bonne et mauvaises expérience. Enfin les angoisses sont prosécutives ou dépressives, peur de perdre un objet d’amour fantasmatiquement détruit, ou encore angoisse de morcellement.

Psychoses à expression tardive, ou de la 2nd enfance : Au de là de 4-5 ans jusqu’à l’adolescence (période de latence). Elles sont caractérisées par le faite que les enfants sont parvenu à élaborer des moyens de communication notamment le langage orale, leur intelligence est souvent normale et leur adaptation satisfaisante avant que n’apparaisse cette psychose précoce. Ça pose la question de la skizophrénie infantile et du délire chez l’enfant. Certains auteurs parlent de psychose skizophrénique. Elle débute progressivement ou bien sous forme d’un épisode aigu. Le délire quand il est présent prend souvent la forme d’idée persécutoire, transformation corporelle, phobie étrange. Elles sont plus rares mais plus impressionnantes. Il vaut mieux réserver le terme de skizophrénie pour l’adulte.

Le noyau psychotique :

-          Existence d’angoisse primaire d’anéantissement, de morcellement ou d’engloutissement

-          La non distinction entre le soi et le non soi

-          La rupture avec la réalité du faite de la non distinction entre le soi et le non soi

-           Prévalence des processus primaires (ceux qui régissent l’inconscient)

-          Absence de liaison entre les pulsions libidinale et pulsions agressives (pulsion de vie et de mort)

-          Utilisation de mécanisme de défense archaïque, comme le clivage, l’identification projective, le  déni mais aussi l’idéalisation, l’omnipotence, le démentiellement et l’identification adhésive.

**Les pathologies limites de l’enfant**

**Introduction** :

Pathologies limites de l’enfant : actuellement cela recouvre des entités nosographiques qui se démarquent de la névrose et de la psychose et qui se situent à la limite de la nosographie actuelle = forme frontière de la nosographie

Cependant, o parlera de pathologie limite de l’enfant plutôt que d’état limite ou borderline

Dans la grande majorité des cas, l’histoire de l’enfant montre qu’il s’agit d’enfant ayant subi des violences et des abus de tout ordre, des placements, hospitalisations… mais aussi des dépressions maternelles, des conflits familiaux, des distorsions des relations précoces, et des défauts d’étayages

Ces pathologies limites sont caractérisées par l’insuffisance des apports libidinaux CAD des carences affectives (enfants carencés affectifs), par la discontinuité des soins, les défauts d’ajustement de ces soins, qui en font donc des enfants extrêmement fragiles intolérant à la frustration rejetant toute forme d’aide et se protégeant par des manifestations d’autosuffisance et d’omnipotence vis-à-vis des objets

Incapable d’entrer en relations avec eux, ils sont dans une captation des objets

**1)      Les différentes formes cliniques de pathologies limites de l’enfant**

**Le groupe des prépsychoses ou para-psychoses**

*Remarque* : il faut éviter la confusion que peut créer le terme de prépsychotique utilisé tantôt pour évoquer une organisation qui précède la psychose, tantôt pour désigner une organisation fixée sous une forme psychopathologique particulière qui est ce que l’on va voir ici

Le terme utilisé par Lang de para-psychose permet d’éviter cette confusion

Ces para-psychoses sont marquées par la présence d’angoisse et de mécanisme de défense archaïques qui sont proches de ceux qui prévalent dans la psychose mais qui s’en différencient par l’absence de confusion entre la réalité psychique interne et la réalité externe , par une meilleure adaptation au réel et par une meilleure différenciation de soi  et de l’autre

Cependant, on constate l’existence d’une vie imaginaire intense qui infiltre le fonctionnement mental incohérent fonctionnant en processus primaire et particulièrement crus CAD comportant des fantasmes sexuels et agressifs violents

L’angoisse n’est pas une angoisse de castration comme dans la névrose, mais une angoisse de menace de la cohérence de soi voire une angoisse **d’annulation**? CAD qui menace l’existence

C’est en ça que l’on a des angoisses archaïques et non névrotiques

Les tendances agressives dominent la vie psychique, il n’y a pas d’ambivalence dans la relation à autrui mais un clivage des objets en bon et mauvais

On ne retrouve pas les traces d’un développement organisé de la vie libidinale mais tous les stades semblent confondus sans que se décide une tendance organisatrice de l’évolution libidinale

**2)      Les pathologies narcissiques ou anaclitiques**

Elles sont caractérisées par l’existence constante de failles narcissiques

Les manifestations sont très diverses mais souvent dominées par des troubles du comportement de type instabilité, agressivité, ou inhibition massive

L’angoisse de séparation voire d’abandon est extrême et signe l’importance de la souffrance dépressive à laquelle il faut être très vigilent

Sur le plan psychopathologique, la position dépressive sera mobilisée devant toute menace de perte d’objet

Les sentiments de dévalorisation, de culpabilité et la mésestime de soi sont très importants

Le mode d’échange avec l’autre se fait sur un mode anaclitique : l’objet est tout pour le sujet donc l’existence du sujet est remise en question si l’objet n’est plus là

Le vécu abandonnique est au premier plan, on parle d’enfant abandonnique

Ce sont des enfants qui mettent en place un processus défensif particulier, extrêmement efficace pour éviter l’effondrement

Grâce au clivage du moi, se développe un fonctionnement en faux-self et peuvent se maintenir côte à côte des positions insoutenables sans qu’il y ait conflit interne

C’est ainsi et grâce à se mécanisme là que ces enfants vont contourner l’essentiel des conflits de la vie psychique

Le faux-self est une sorte de carapace sociale que va construire l’enfant en surface dans un conformisme et une soumission à l’environnement qui vise à protéger et masquer le vrai self (le vrai moi), au point de la sacrifier

Cette défense est redoutablement efficace CAD que le faux-self peut ne jamais rencontrer le vrai self

Dans les cas extrêmes pathologiques, le faux-self est totalement clivé du vrai self de sorte que l’individu peut faire semblant d’être réel, vivant en surface et construire une personnalité de façade = personnalité « as-if »

Le développement d’au faux-self est l’une des organisations de défenses les plus réussies au sens des plus radicales en vue de protéger le noyau du vrai self

Bien souvent, le faux-self vient marquer un vide interne et amène avec lui un douloureux sentiment de futilité, de non-sens de l’existence qui peut se confronter violemment à l’adolescence à un sentiment d’absurdité qui pourra entrainer un suicide

Le faux-self passe difficilement la barre de l’adolescence car il est très difficile de faire semblant de vivre

Seul le contact même partiel et aussi douloureux soit-il avec le vrai self donnera le sentiment que la vie vaut la peine, qu’elle est réelle et que ce que le sujet ressent est réel

Cependant, grâce à cette modalité défensive, le sujet a pu se développer en secteur parce que les aptitudes à la conformité maintiennent un certain lien avec le réel même si c’est dans des rapports marqués par la soumission et le mimétisme (imitation)

De fait, même les apprentissages scolaires seront de surface CAD appuyé par le mimétisme et l’imitation

Une autre forme de pensée marquée par le signe de la toute-puissance infantile est également protégée grâce à ce clivage

Les phobies scolaires souligneront parfois l’angoisse de séparation massive et l’extrême fragilité de ces enfants face à la perte de l’objet

**3)      Mécanismes psychopathologiques spécifiques communs**

Parmi les similitudes : des failles narcissiques, des échecs dans l’élaboration de la position dépressive, et donc dans l’élaboration de l’absence, une quête d’étayage et un contournement/évitement des conflits d’identification les plus évolués, le type d’angoisse (d’abandon, de séparation et de perte)

Les défenses utilisées pour se protéger de ces angoisses sont le déni notamment déni de la dépendance et le déni de l’agressivité, le clivage, l’idéalisation, la projection, l’identification projective et la réparation manique toute puissante ainsi que la maitrise (mise à distance) des affects

-          **Les défauts d’étayage**

Souvent précoces dans l’histoire de l’enfant, ils sont soit manifestes CAD visibles notamment en cas de dissociation familiale, placement… ; soit plus subtiles et ne se dégageront que lors des entretiens cliniques avec les parents par l’évaluation de la personnalité des parents mais aussi à travers l’évaluation que l’on fait de la place qui est faite à l’enfant dans la famille

Cet enfant n’a souvent que très peu de place dans la famille

On perçoit parfois une dévalorisation de cet enfant dans le discours des parents

On relève toujours l’insuffisance des apports libidinaux, les défauts d’ajustement, et une discontinuité du processus des soins maternels lors des périodes qui pourtant exigent une étroite adaptation de l’environnement aux besoins de l’enfant CAD la préoccupation maternelle primaire PMP, les relations précoces…

-          **Les défauts de contenance**

Les atteintes à la fonction de contenance tiennent une place importante dans la formation des pathologies limites et notamment la mère n’a pas pu pleinement assurer pour diverses raisons ses fonctions de contenance et de par-excitation (arrêt des excitations) pour son enfant

La fonction de contenance est la fonction alpha de la mère : c’est une sorte de barrière que la mère apporte son enfant pour le protéger de l’excès de stimuli externes, et de stimuli internes (faim, soif…)

Cette fonction va permettre à l’enfant progressivement de trier les excitations

Cette barrière a donc une fonction de filtres : elle laisse passer les stimuli

Dans les pathologies limites, il y a une défaillance de la fonction alpha pour diverses raisons

Cette défaillance de la fonction alpha a altéré la construction de l’appareil psychique

Ceci se traduit par le fait que l’enfant échoue à maitriser sa vie psychique et notamment, reste soumis au risque de débordement constant par des excès de tensions internes

Les capacités de mentalisation sont donc mises en échec et il en résulte une prédominance de l’expression par le corps et par l’agir

Ceci explique les troubles du comportement

-          **L’échec dans le registre de la transitionnalité**

L’étude des pathologies limites met en évidence un échec dans le registre de la transitionnalité et notamment à travers des manifestations diversifiées de l’enfant concernant l’objet transitionnel, qu’il soit absent, inexistant, d’apparition retardée ou encore changeant

L’entourage, en particulier la mère, n’est pas sensibilisée à sa fonction CAD que l’on voit chez les parents une méconnaissance de ce qu’est un doudou par exemple

* **Sens et fonction de l’objet transitionnel** (Winnicott) : l’objet transitionnel est un terme introduit dans les années 50 pour désigner un objet concret choisi par le bébé notamment au moment de l’endormissement = le doudou

Les phénomènes transitionnels (sucer son pouce, gazouillis du nouveau-né, mélodies marmonnées au moment de l’endormissement que l’enfant se fait à lui-même) vont avoir la même fonction que l’objet transitionnel

L’objet transitionnel constitue un intermédiaire entre le monde interne et le monde externe dans la mesure où il est dit «  trouvé-créé »

L’enfant lui confère une valeur particulière, et est investi de significations subjectives par l’enfant

Pour W, la capacité d’utiliser l’objet transitionnel permet d’effectuer la transition/le passage de la première relation orale à la mère vers la véritable relation d’objet

C’est entre l’âge de 4 et 12 mois que s’observe le « trouvé-créé » de l’enfant, que W. va qualifier de « entre le pouce et l’ours en peluche »

Cet objet constitue une partie presque inséparable de l’enfant sans être une partie de lui-même pour autant ; c’est pour cela qu’on dit qu’il représente la première possession de quelque chose qui n’est pas moi,  première possession « Non-moi » de l’enfant.

Sa fonction est très importante tout au long de la vie car l’objet transitionnel se transformera en l’aire transitionnelle, l’aire de jeux qui entre imaginaire et réalité permet de créer l’aire d’illusion nécessaire, au processus de création par exemple. C’est aussi la capacité à jouer de l’enfant qui déterminera sa capacité à travailler car elle signifie que l’enfant dispose d’un espace psychique à lui-même.

La capacité d’être seul de Winnicott :

Être seul en présence de l’autre et d’abord chez l’enfant en présence de la mère.

Cette capacité n’est pas automatiquement acquise même si l’individu est physiquement seul.

Cette capacité d’être seul implique que l’individu ait été capable de créer préalablement un monde interne et qu’il ait été capable de retrouver un état de non-intégration psychique, de laisser aller, de détente, sans angoisse.

La capacité d’être seul devient possible si l’objet extérieur, la mère au départ, a été introjecté, représenté (rendu présent) par l’enfant. Cette capacité est précédée par le paradoxe de l’expérience d’être seul en présence de quelqu’un. Ce paradoxe fait d’une expérience particulière de la présence le préalable à la capacité de supporter l’absence.

C’est souvent impossible pour les enfants qui présentent des pathologies limites et même parfois pour la mère qui l’empêche ainsi de jouir de son aire transitionnelle.

Or, la capacité d’être seul c’est avant tout la capacité d’être seul avec soi-même et plus particulièrement d’être seul avec ses pulsions ; c’est ce qui va être mis à l’épreuve de nouveau à l’adolescence avec une expérimentation de cet état de solitude et ce travail de subjectivation.

**4)** Défaut d’élaboration de la position dépressive

Si l’enfant a pu aborder la position dépressive (à l’inverse de l’enfant psychotique par exemple), il ne peut pas l’élaborer pour autant et reste au prise avec ses angoisses de perte, d’abandon, etc.

Il ne peut pas dépasser le conflit ‘ambivalence et va maintenir des clivages.