**PSYCHOPATHOLOGIE GENERALE**

Objectifs

Bases théoriques conceptuelles pour appréhender la psychopathologie.

# Introduction

Définition de la psychopathologie

Sens varié. Différents modèles de la psychopathologie. Avec des positions idéologiques.

Psychopathologie, vulgairement, maladie mentale.

Alain Ferrand. La psychopathologie est une approche visant une compréhension raisonnée de la souffrance psychique.

Approche : prudence dont on doit faire preuve, l’approximation, l’utilité des experts qui fabriquent et usent ce savoir, ce n’est jamais sûr, pas de vérité, on s’en approche.

Compréhension raisonnée : mobilisation subjective que suppose cette approche, et en même temps raisonnée, qui va guidée une utilisation de ce savoir.

La souffrance psychique : l’objet de ce savoir.

Il s’agit donc de rendre compte des formes de la souffrance, d’expression de cette souffrance psychique, les modes d’expression, les caractéristiques de cette souffrance.

L’objet est avant tout la mesure, le contrôle des occupations à des fins gestionnaires, économiques politiques.

La psychopathologie est une psychopathologie qui **s’intéresse à la subjectivité**.

Consiste à évaluer les patients, les techniques de soin les plus rentables.

Observer le type de monde dans lequel vit le sujet.

On oppose souvent en psychopathologie et handicap, qu’est-ce qui relève de quoi, car psychopathe est un handicap. Pas d’antagonisme, ce n’est pas un ou l’autre.

Tout le monde peut avoir une souffrance psychique, quel que soit son contexte. Tout le monde a droit à une écoute de la subjectivité.

Psychopathe : intérêt sur le subjectif

Handicap : intérêt aux limitations subjectives.

Représentations variables plus ou moins subjectivantes.

Lorsqu’on déloge le sujet de sa subjectivité, méconnait la souffrance, violence pour le patient.

Eléments transversaux pour mettre en évidence les enjeux de la psychopathologie.

Complexité du psychisme : « le cerveau est le système le plus complexe de l’univers » idem pour le psychisme. **Savoir sur le psychisme est limité**. Toute explication simpliste est loin de la vérité. **Tolérer la complexité, l’ignorance, le doute**.

La psychopathologie et la normalité : ces deux notions sont indissociables. La psychopathologie suppose une base de la normalité.

G. Canguilhem : psychopathologie, toujours subjectif, objectivement, il n’y a que des variations des formes de l’humain. (homo, avant maladie, aujourd’hui, variation de la normalité).

La représentation est subjective, mais en plus pas de différence de nature entre le normal et le pathologique. La majeure partie des processus psychopathologiques font partie du développement normal à un moment ou à un autre de l’histoire du sujet.

**C’est la passivité, durée, exclusivité par rapport à d’autres processus qui en feront un signe psychopathologique.** S’il devient toxique, il sera désigné comme pathologique. Ce signe est rarement tout seul, et doit être associe à d’autres signes toxiques.

Question de la douleur psychique. Intensité de la douleur, point très important.

Quand un sujet est dans une conception psychopathe c’est qu’il essaye de se défendre contre une souffrance, la psychopathologique apporte des solutions qui permettent de traiter la douleur.

Exemple : le délire psychotique pour un psychotique, c’est une manière pour lui de traiter sa maladie, donner du sens à ses angoisses, à ce qui le harcèle.

Symptôme = défense afin de se protéger de la douleur.

Défense ou déficit ?

C’est l’un des paradoxes de la psychopathologique, **la défense qui est censée défendre de la douleur, c’est aussi la source de la douleur.** Mais la douleur source est imaginée bien pire que la douleur mise en place par la défense.

Lorsque la souffrance déborde, trois modalités d’évacuation de cette douleur : on peut évacuer la douleur **par le corps** **(somatisation), la psyché (le délire) et le comportement, l’acte (conduites additives).**

La conceptualiser : rapport entre psychopathologie et conflictualité. Défense contre une douleur psychique. Le symptôme est le témoin d’une défense mais aussi d’une conflictualité qui crée ou qui accompagne cette douleur. Concerne les modes d’expression, de traitement des modalités psychiques qui sont de toutes sortes. On peut donc dire que le symptôme raconte quel conflit doit traiter le sujet, il est témoin de la manière dont le sujet se défend, et il est le témoin de la douleur psychique que crée cette conflictualité. On peut dire cela de tous les symptômes.

• Le point de vue clinique au sens de la psychologie clinique référée à la métapsychologie.

Car la majorité de ce qui nous anime est inconscient, cela échappe à notre conception consciente. Ce point de vue clinique qui contient la représentation d’un inconscient, porte sur la métapsychologique, comprend différentes dimensions :

* les signes,
* les symptômes,
* approche diagnostique,
* repérer les symptômes,
* mais aussi les processus psychiques (la conflictualité) dans une approche psychodynamique.
* Et aussi l’histoire de ces symptômes, de ces processus comment cela s’est développé, comment s’est apparu, dans une approche développementale. Prise aussi en compte de l’histoire du sujet et également la préhistoire du sujet.
* Et aussi les processus psychiques et intersubjectif, ce qui se passe entre les patients les soignants, avec l’idée ou **la problématique du sujet va se rejouer dans la relation avec le soignant (le transfert)**.

Le point de vue clinique est un point de vue qui particularise.

Il y a deux points de vue, social et culturel qui départicularisent.

• La question de l’étiologie

Le point de vue psychopathologie est un point de vue qui n’est pas explicatif, mais descriptif, et encore moins prédictif. Même si pas explicatif, la psychopathologie contient des modèles explicatifs sous-jacents, les causes sont multidimensionnelles, globalement, trois catégories de causalité :

* le facteur constitutionnel (ou congénital : c’est ce avec quoi le bébé vient au monde, son bagage, et toutes les expériences qu’il a déjà faite, vie fœtale riche en expériences sensorielles),
* le facteur histoire infantile (histoire précoce, les premiers liens, les premières expériences, la rencontre du sujet avec le monde est source de toutes les expériences heureuses ou malheureuses qui vont troubler de façon plus ou moins durables le sujet),
* le facteur projection parentale (héritage historique et fantasmagorique, toutes les transmissions, les images projetées sur lui par les parents et l’environnement dans lequel vit le sujet).

Toute la psychopathologie est encadrée par tous ces facteurs.

Ethnologie est poly factoriel. On peut avoir les mêmes maladies mais pas forcément de la même manière.

• La question de l’infantile

La psychopathologie trouve une partie de ses sources dans l’histoire infantile du bébé jusqu’à l’adolescent, voire même la préhistoire du sujet. **Quelque chose de l’infantile fait retour dans le signe, le symptôme, la souffrance**. **Cette souffrance est celle de l’enfant en soi, dont on essaye de se protéger**. Quand la souffrance fait trop souffrir, quand on ne peut pas la gérer, cela veut dire que cela touche la partie infantile, l’enfant qui n’a pas les moyens et va construire un symptôme. Pas forcément dans le passé, **c’est l’enfant qui est toujours là, à l’intérieur qui continue de percevoir le monde**. Et c’est cet enfant qui est atteint lorsqu’on souffre. Ce qui fait le plus souffrir l’enfant c’est la séparation, la perte, devenir autonome (séparation du corps maternel, sevrage, aller à la maternelle, l’école, le deuil, …). Grandir, accepter la séparation. La psychopathologie, ce sont les modes de traitement de cette séparation qui accompagne la croissance.

• La question de la catégorisation

Comportementale, psychiatrique (DSM, pas d’intérêt pour l’histoire, seulement pour le symptôme),

Freud. **Catégoriser selon l’histoire du développement sexuel**, et **la pathologie devient une fixation ou une régression à certaines étapes des stades développementaux**. Plus on régresse a un stade lointain, plus c’est grave.

La structure : la névrose d’un côté et la psychose de l’autre. Si on est d’un côté soit de l’autre. Si aucun des deux, états limites.

(exemple du cristal qui se brise selon les lignes de structures, idem pour le psychisme)

Position psychique : constellations psychiques qui regroupent certains types d’angoisses spécifiques, avec des mécanismes de défense pour lutter contre ces angoisses, et tout ceci donne une position particulière. Position paranoïde psychoïde. Apparaît très tôt, puis réapparaissent tout au long de la vie, chaque fois que l’on est confronté à une angoisse. Dans cette conception, on considère le psychisme comme mouvant, on peut revenir sur un stade considéré comme passé. On peut osciller. Dans cette conception peut coexister des aspects névrotiques et psychotiques, pas de cloison entre les structures.

Quels types de pathologies peut-on décrire dans le monde de la psychopathologie.

La souffrance psychique qui caractérise le sujet mais aussi sa famille son entourage.

# Le monde de la psychose

La psychose et un lieu de tourmente de terreur.

**Psychose : perte de la raison, perte du contact avec la réalité, perte qui génère des angoisses majeures, panique**. **Perte de la continuité du sentiment d’existence, qui génère des angoisses de confusion**. Ces angoisses sont elles-mêmes la source de la perte de contact. Ces pertes sont incompréhensibles pour le sujet, **sentiment d’impuissance**, incompréhension de par le monde du sujet.

**La psychose caractérise un sujet dont le monde a été détruit**. De nombreux symptômes sont une tentative de reconstruction du monde.

Pb de la psychopathologie en générale, les défenses utilisées pour la reconstruction, ces défenses vont produire elle-même des souffrances, pire encore.

**Des éprouvés de terreur, solitude, non existence, angoisse de persécution**. Le sujet doit lutter contre la persécution.

Pour se protéger de cette douleur mentale : défenses, qui sont autant de solutions psychotiques, des impasses.

Les stratégies défensives :

* **Geler/congeler cette souffrance**. Il refroidit les affects pour **réduire la douleur** mentale. Se présente **comme extrêmement froid**. (anesthésie par congélation de la persécution). M. Resnick *le temps des glaciations.* Lorsque le sujet commence à reprendre contact avec lui-même ou avec qqn, il y a des affects qui vont être retrouvés de façon catastrophique. Si on **invite un sujet à rentrer en contact, c’est l’invité à vivre des angoisses catastrophiques, car l’émotion est dangereuse**. Emotion en mouvement, donc le patient se retire dans une absence de mouvement affectif, voire physique (schizophrénie catatonie). L’inviter à faire des associations libres, c’est donc l’inviter à se dissocier librement.
* **Couper le contact avec la réalité et avec soi-même**. Elle produit des angoisses mais est une défense. Le sujet **se replie sur lui-même** comme pour se cacher dans son corps, en faire une forteresse. Cette coupure concerne le contact avec le monde extérieur mais aussi intérieur. Contact avec soi-même rompu (dialogue intérieur brisé). Il se replie autistiquement mais n’est pas en contact avec lui-même, peut-être quelques sensations corporelles.
* **Identification projective** : Aller se loger dans l’espace d’un autre (idéal d’un psychotique), trouver un autre qui puisse l’héberger psychiquement. Le sujet va jusqu’à prendre possession de l’autre jusqu’à devenir l’autre, dans une sorte d’appropriation, de profanation de l’identité de l’autre. Ex : il ne va pas imiter mais s’identifier totalement, il développe le délire d’être quelqu’un d’autre. **Le Moi psychotique cherche un refuge mais dans lequel le Moi va rapidement se sentir enfermé dans cette identité** (la défense produit des angoisses). .Créer des **angoisses claustrophobiques**. Ne peut ni être un autre, ni être soi-même. Intersubjectif, mais liens dans les relations concrètes : des effets d’influence, suggestions quasi hypnotiques. Dans cet objet dans lequel se réfugie le sujet, s’accompagne de fantasmes de toute puissance et notamment destructrice. Ex : scénario de sciences fiction, ce méchant dans sa salle pleine d’ordi qui contrôlerais le monde, le détruirai.
* **Attaque de la pensée** : prise de conscience de la réalité et la réalité est cause de tourment, donc attaquer cette pensée. Haine de la réalité, et de tout ce qui permet de prendre conscience de la réalité. Les liens qui caractérisent les activités de pensée : **les processus de symbolisation** (Bion). Cela conduit à un mode particulier du psychotique : la pensée concrète qui utilise non **pas des symboles**, mais (anacedal) des **équations symboliques**. C’est à dire les mots ne représentent pas les choses, mais sont les choses (**les mots = les choses**). C’est ce qui fait que le psychotique n’a pas accès à l’humour, ni à la métaphore (du moins difficilement). Attaque des liens : des mots, de la pensée, mais aussi avec les autres, et leur capacité à pouvoir penser, à pouvoir penser les éprouvés du sujet, donc la capacité à comprendre. Dans une communication (échange de contenus, mais aussi des éprouvés, de sorte que l’autre les comprenne et les restitue de façon à ce qu’on les comprenne mieux, ex : bébé et parents = identification projective normale), ce lien-là est attaqué dans la psychose, est rendu impossible. Le retrait pour penser, prendre du recul, ceci n’est pas accepté par le psychotique. Pas d’espace en présence d’un psychotique.

Monde détruit, omnipotent, car le sujet se retrouve dans des situations d’impuissance totale. Ce qui contribue à sa construction de toute puissance.

Les mécanismes de défenses (utilisés ailleurs aussi) sur lesquelles reposent ces stratégies :

* **Le clivage** (qui se retrouve dans le terme schizophrénie) = coupure. Ce clivage concerne le Moi et le monde. Lorsque le Moi prend contact avec une mauvaise expérience, il se clive (se coupe, se déchire), une partie va reconnaitre la réalité et l’autre dénie (Freud). Le Moi pourra éloigner la partie douloureuse, donc accrochement à l’autre partie et idéalisation. Fonctionne de façon solidaire avec la projection (ex : une mère qui dit : regardez comme mon bébé me regarde méchamment : projection)
* **La projection** : identification de quelque chose en soit projetée sur qqn d’autre.
* **L’idéalisation,**
* **Le déni,**
* **L’introjection**: identification à quelque chose d’extérieur. Sorte d’intériorisation.
* **Le mépris de l’objet :** objet déprécié pour préserver l’angoisse d’une perte éventuelle.
* **Le triomphe :** attitude toute puissante sur un objet sans valeur, contrôle omnipotent (assimilable au mépris)
* **La régression :** perte des acquisitions antérieures pour retrouver un système de relation plus archaïque.
* **La forclusion :** les sujets a des pensées qu’il ne considère pas comme lui appartenant mais comme venant du dehors.

Constellation de défenses psychotiques.

Ces mécanises concernent l’objet, le Moi. Ce dernier se mutile. Mécanisme redoutable.

Lutte contre les angoisses mais en produit aussi : **sentiment de désintégration**.

Quand on est dans la chaos, besoin de différenciation de ce qui est bon ou mauvais. Mais comme il y a mutilation, production de confusion.

Un des effets de ces stratégies pour se protéger de la douleur, c’est le délire.

Les enjeux du délire :

* **Se couper de la réalité**, du monde réel. Tout se passe comme si le psychotique était dans un rêve/cauchemar permanent. Parfois la communication le réveille, si on lui prête attention, mais cette communication va réveiller aussi les angoisses. *Delirare* : hors du monde, en anglaise, base latine : désillusion. *Folis* : ballon gonflé, rempli d’air, arraché du cosmos. Dans le délire, mouvement ascendant (sentiment recherché dans certaines conduites toxicomaniaque), perdre le sentiment d’être. **Peur de se répandre dans l’univers et peur de revenir sur terre**. Quand le patient va mieux, redescente sur terre, risque de suicide. La perte du délire.
* **Tentative de guérison** d’une catastrophe interne (Freud, *l’étude des mémoires du président Schneider*) reconstruction du monde subjectif détruit et mis en pièce qui est l’œuvre du délire. Ce que nous prenons pour construction morbide, est une tentative de guérison, de reconstruction.
* **Tentative de liaison d’éprouvés bruts traumatiques** : comme les hallucinations, qu’il tente d’expliquer ces dernières qui sont incompréhensibles (Dieu s’adresse à moi, m’a confié une mission)

**Le délire contient toujours un noyau de vérité**. **Toute production psychique contient un noyau de vérité** (le fantasme, le rêve). Qui essaye de de raconter quelque chose qui a du mal à s’exprimer, en lien avec une expérience traumatique. Le délire masque mais révèle en même temps. Soit du faux, donc molécule, si vérité, tentative de trouver la source avec le patient.

Le délire est toujours en concurrence avec le monde. Il y a toujours une partie psychotique et une partie réaliste. La partie psychotique tente de convaincre l’autre c’est elle qui est la plus réaliste. Cela consiste chez le sujet à atteindre la partie saine. **Freud : même dans les états les plus discordants, il y a toujours une personne normale qui observe la scène.** C’est le contact avec cette personne normal qui est à rechercher dans la relation thérapeutique.

Duel chez le patient entre un désir d’aller mieux (l’infantile en lui) et le refus de cette aide. **Le Moi psychotique délirant cherche constamment à s’imposer**. Mise en place de processus d’influence. Le Moi délirant tente de convaincre, de convertir toute autre croyance. L’autre doit être d’accord sinon sensation d’incompréhension du psychotique.

Ex : patient dont Dieu/le diable s’exprimait à travers lui, par des voix. Un jour en dehors de son délire, le patient dit votre théorie c’est que ce sont des voix de mon enfance, ma théorie est que c’est Dieu/diable. Quelle est la bonne théorie ? réponse : théorie contient ses doutes alors que le patient y croyait dur comme fer, idéologie.

Les différents tableaux psychopathologiques, différentes formes de psychose :

* Troubles psychotiques brefs = Bouffée délirante aigues : épisode psychotique aigu avec apparition soudaine d’idées délirantes, d’hallucinations (riche, polymorphe), un discours désorganisé et un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, mais transitoire. Possibilité de ne le faire qu’une fois. Terrain psychologique particulier. Très souvent réactionnel à un évènement, et parfois cela peut être une porte d’entrée dans une pathologie chronique. Touche souvent une population jeune (immature) qui a des délires pendant quelques jours, dans un moment de vie stressant ou heureux, mais important. Les produits toxiques facilitent cette bouffée délirante. Le sujet devient agité, avec des troubles du comportement (dure de quelques jours à quelques semaines) 1/3 guérison, 1/3
* Psychose puerpéral : différent du baby blues, souvent observé chez les femmes lors d’un premier accouchement, chez des femmes un peu border line. Angoisses, délires (pense que ce n’est pas son enfant, qu’il ne va pas bien), risques de suicides et infanticides. Parfois guérison, parfois rechute lors d’un deuxième accouchement (rare)
* Schizophrénie : esprit coupé. Les symptômes apparaissent en général à la fin de l’ado. Désorganisation profonde de la personnalité, pensée dissociée, bizarrerie, incohérence, rupture de sens, troubles du langage. Dissociation affective, indifférence à tout, à l’autre, ou hyper sensibilité, donc retrait constant. Toute la vie sociale et sentimentale est complètement affectée. Troubles psychomoteurs, perturbations de toutes les conduites. Le délire qui contient des hallucinations avec des thèmes souvent persécuteurs très différents, des délires d’influence, thèmes de toute puissance, divine. Délire incohérent contrairement au délire paranoïaque. Le retrait. Le sujet se coupe de tout. Plusieurs formes clinique :
	+ Schizophrénie de type paranoïde,
	+ Schizophrénie hébéphrénique, désorganisée
	+ Schizophrénie de type catatonique
	+ Schizophrénie de type indifférencié
	+ Schizophrénie de type résiduel, simple. Il n’y a plus d’hallucination, plus de délire, mais plus de relation sociale, plus d’affectivité, troubles de la pensée. Ce qui reste de la schizo après une crise aigüe.
* Paranoïa : pensée à côté. Délire ceptualisé contrairement à la schizo. Le reste de la personnalité est intacte et pas d’hallucination. Se manifeste à l’âge adulte. Troubles délirants réalistes. Méfiant, cherchent des indices qu’ils trouvent. Complot contre eux. Hypertrophie du Moi. Si on leur en veut c’est parce qu’ils ont quelque chose de génial, soit descendant d’une grande famille, … difficulté relationnelle, procéduriers, possiblement violents, meurtres pour que justice soit faite.
	+ Délire persécutoire (construit élaboré systématisé, plausible)
	+ Délire de jalousie (persuadé qu’il est trompé)
	+ Délire érotomaniaque (délire impossible entre la personne qu’il aime)
	+ Délire de grandeur (le sujet est unique et on lui veut quelque chose)

Freud : à la base de la paranoïa, il y aurait un désir homosexuel qui serait transformé en persécution, jalousie, …

* Les troubles bipolaires = psychose maniaco-dépressive : état dans lequel varie des accès maniaques et des accès mélancoliques. Psychoses car idées délirantes (délires mégalomaniaques, dépressifs, …)
* Maniaque : sujet excité, à l’aise avec tout le monde, trop à l’aise, inadapté.
* Mélancolique : sujet complétement déprimé ralenti, avec des idées de dévalorisation. La mélancolie : différent de la dépression. Le sujet est perdu (ce n’est pas seulement d’avoir perdu un objet d’amour comme dans la dépression, c’est aussi de s’être perdu lui-même). Dans le fond il ne sait même pas ce qu’il a perdu, il s’identifie dans l’objet perdu, il devient lui-même un objet vide. Possibilité de suicide car il ne sait pas qu’il va faire souffrir les autres.

# Le monde de la névrose

Dans un contexte névrotique , les distorsions à l’épreuve de la réalité sont limitées. Il n’y a **jamais de menace de rupture avec le réel**. Réalité construite, **pas de confusion entre le dedans et le dehors**.

La souffrance psychique est présente dans la névrose et particulièrement l**’angoisse qui occupe une place centrale** même si certains mécanismes limitent son expression directe. Les symptômes que va présenter le sujet seront le témoin du traitement interne de l’angoisse et de la conflictualité, mais aussi en même temps seront le témoin de ce qui n’a pas pu être traité.

Les capacités d’autonomie se sont développées ce qui n’empêche pas le sujet d’être dans des relations de dépendance avec l’entourage. **Le sujet fait la différence des sexes et des générations**, ou c’est à propos de ces différenciations qui peut y avoir des confits et ambivalences.

Les angoisses névrotiques sont généralement :

* des **angoisses de castration**, **angoisse de perdre la toute-puissance (angoisse de perdre la créativité, de perdre la relation exclusive à l’objet, à la rivalité)**.

Ces angoisses peuvent prendre la forme **d’angoisse de rétorsion** (j’ai **peur d’être puni pour mes désirs interdits, coupable, désir de relation exclusive)**.

* Il y a aussi **l’angoisse de l’ambivalence**, le sujet craint de blessé par sa haine son objet d’amour. Crainte de perdre cet objet d’amour à cause de la haine qu’il peut éprouver pour lui.

Ces angoisses sont relatives à la situation œdipienne. Affect rattaché : culpabilité. Les symptômes sont donc là pour traiter l’angoisse et la culpabilité.

Les mécanismes de défense de la névrose :

* **Le refoulement** : les affects et représentations indésirables sont traités par le refoulement. Différentes variantes du refoulement. **Le retour du refoulé produit le symptôme**. Ex : le lapsus, quelque chose de refoulé qui nous échappe), l’oubli, l’acte manqué. **Intériorisation** **du conflit**.
* **La formation réactionnelle**:attitude qui s’oppose à un désir refoulé et qui se constitue en réaction contre celui-ci. Ex : un ado a conscience de sa pudeur mais pas de son exhibitionnisme.
* **L’isolation**: consiste à isoler une pensée ou un comportement de son affect, de son contexte affectif. La représentation est connue mais ne touche pas le sujet (notamment dans les névroses obsessionnelles et hystériques). « Il n’a pas encore réalisé ce qui vient de lui arriver », pas forcément pathologique.
* **Le déplacement**: l’affect associé à une représentation mentale dangereuse se détache de celle-ci pour s’investir sur une autre représentation mois dangereuse afin de se défouler.
* **L’annulation rétroactive**: faire en sorte que des pensées, des gestes ou des paroles ne soient pas advenues et pour cela il y a utilisation d’une nouvelle pensée ou d’un nouveau comportement ayant une signification autre ou supposée autre.
* **Le retournement sur soi**: processus par lequel la pulsion remplace un objet extérieur indépendant par le sujet lui-même (comme dans le sadisme ou le suicide, la violence est retournée sur soi)
* **Le renversement de la pulsion en son contraire**: le but (et non l’objet) de la pulsion se transforme en son contraire, principalement dans le passage de l’activité à la passivité. (le voyeurisme se transforme en exhibitionnisme, voyeurisme sur soi).
* **La rationalisation**: procédé par lequel le Moi cherche à donner une explication rationnelle, logique, acceptable moralement, mise à distance de la pulsion. Semblable à l’intellectualisation.
* **La dénégation**: procédé par lequel le sujet exprime un désir, un sentiment jusqu’ici refoulé tout en se défendant, en niant qu’il lui appartienne. Une négation de précaution, pour présenter son être sur le mode de n’être pas.
* **La sublimation**: dévie les pulsions sexuelles vers un objet socialement valorisé.
* **L’inhibition**: évitement d’une situation qui révèle en nous des pulsions pénibles.

Etiologie : la cause de la névrose viendrait d’un élément extérieur. Plus tard, Freud dit que la névrose vient de la sexualité infantile. L’enfant a des désirs sexuels que le monde extérieur interdit, notamment la morale. Puis c’est de l’ambivalence que vient de la névrose. Ce n’est plus seulement la rencontre avec un objet extérieur, mais plutôt un conflit intérieur.

Ceci est une névrose réussie.

Le conflit va bien s’externaliser. Par ailleurs, il y a un mélange de souffrances narcissiques même dans la névrose. Possibilité de coexistence entre névrose et psychose.

**Les aspects névrotiques tendent vers une intériorisation du conflit psychique alors que la psychose fait une projection**.

**Délimiter les zones de souffrance**, ce qui permet qu’en dehors de l’expérience difficile, tout va bien (ex : phobie)

Le symptôme va tendre à augmenter son champ d’influence. Plus il augmente son influence, plus le sujet va s’enfermer dans son symptôme. Ce qui devrait délivrer le sujet, va être un piège qui va l’enfermer et l’empêcher de vivre (idem pour les tocs)

• Comment se forme un symptôme névrotique ?

Une représentation, une pensée se présente au Moi, mais elle est inconciliable avec le Moi qui rejette au-dedans dans l’inconscient. Mais avant il va séparer l’image de la charge affective. Ce qui est refoulé c’est l’image, la charge affective ne peut pas être refoulée.

• Que devient cette charge affective ?

* Soit elle reste libre (= angoisse=) quelque chose perturbe le Moi sans savoir d’où ça vient = **névrose d’angoisse**.
* Soit la charge est convertie dans le corps, elle se décharge dans le corps = **névrose hystérique.**
* Soit la charge affective se colle a une autre représentation qui n’avait rien à voir. Elle a un lien symbolique, et là cette représentation devient acceptable. Mais elle est tellement chargé affectivement qu’elle peut devenir obsédante = **névrose obsessionnelle ou phobie**.

• Qu’est-ce qui fait le destin de la charge affective ?

Hystérie : Raison constitutionnelle. Pour que la représentation devienne corporelle il faut que le sujet ait un corps qui se complaise. **Complaisance somatique** (champ de la psychosomatique : Freud donne l’ex d’une patiente qui a une inflammation articulaire mais selon les pensées qu’elle va avoir et la manière dont elle va refouler ses pensées, cela aura une influence sur son inflammation. Lorsqu’elle a une pensée interdite, elle aura une poussé d’inflammatoire). Des processus psychique peuvent influer des processus somatiques.

Obsession : deux conditions possibles :

* soit que les deux représentation ont coïncidé (ex d’une femme qui reçoit une lettre de rupture quand elle mange, et donc en lisant la lettre elle vomi, choc psychique assimilé, donc chaque fois qu’elle se retrouve confrontée à ce sentiment, elle vomi plutôt que de ressentir.)
* soit un lien symbolique. Une maladie d’amour va devenir une maladie de cœur.

A toujours à voir avec la sexualité infantile.

Psychopathologie de la vie quotidienne, Freud. Oubli des mots que l’on a sur le bout de la langue vient d’une formation de compromis (une partie d’un mot est refoulée, et l’autre est substituée par l’association).

**Le symptôme névrotique est un compromis**.

**La dénégation** : j’ai quelque chose à te dire mais ce n’est pas pour te blesser. Elle dit la haine mais se débrouille par le fait de prévenir pour ne pas blesser. Autre ex, celui de l’enfant qui dit qu’il ne faut pas dire merde, mais le dit 15 fois.

Forme de tableau clinique :

* **Névrose d’angoisse** : crises d’angoisse (soudaine, sans cause déclenchante repérée), troubles cardio vasculaire, respiratoires, … anxiété chronique, peur d’avoir une crise d’angoisse. On ne repère pas toujours ce qui angoisse. Ces situations d’angoisse s’accompagnent de dépression et de prises de médicaments, d’alcool, et tout ça va conduire à l’hypocondrie. Auto observe chaque organe de peur qu’il se mette à dysfonctionner.
* **Névrose hystérique** : symptôme somatique sans substrat organique. Ce symptôme de conversion est réversible, peut disparaitre d’un moment à l’autre. Ces symptômes peuvent prendre la forme de malaise, syncope, pseudo-paralysie… touche la motricité mais aussi les sensations (vision, ouïe, …) ces troubles peuvent toucher les endroits neurovégétatifs. Mais également des symptômes psychiques : amnésie, difficulté de concentration, troubles dissociatifs (comme la psychose, transe, somnambulisme, …). Particularité : symptômes qui consistent à attirer l’attention sur soi (dramatisation), mais raconté avec indifférence. Beaucoup de mythomanie, de récit romancés. Sensible à la suggestion. Coté séducteur, manipulateur.
* **La névrose phobique** : angoisse déclenchée par un objet, une situation, une personne qui objectivement ne sont pas dangereux. En général, le sujet sait qu’il a une réaction excessive et va s’employer à mettre en place tout un tas de mesure pour ne pas rencontrer l’objet phobique. Parfois construction d’un objet contra phobique censé éloigner la peur, l’angoisse sur un mode anticipatoire. (agoraphobie ex, toutes les activités vont être réduites, et vont le confiner chez lui), phobie sociale : peur de manger, parler, boire, écrire en public, peur de rougir, peur de ne pas réagir sexuellement en présence d’un partenaire. Puis les phobies simples (phobies des animaux, de la hauteur, …). Le comportement phobique va consister à éviter l’objet phobique, à se rassurer avec un objet contra phobique, mais parfois va braver et se jeter dans la situation qui fait peur.
* **La névrose obsessionnelle** : symptômes obsessionnels, compulsifs. Une idée, une représentation obsédante. Sa pensée n’est pas disponible pour autre chose. Distinction de trois formes d’obsession. Obsession idéative (interrogation permanente d’ordre métaphysique, religieux), obsession phobique, obsession d’impulsion ou phobie d’impulsion (peur de commettre un acte absurde, dangereux contre sa volonté, peur de prononcer des insultes, de commettre des blasphèmes, de s’exhiber devant les autres, un acte violent). Compulsion : acte répétitif, pas de geste transgressif que l’on ne peut pas s’empêcher de faire, rituels de vérification, tocs. Le névrose obsessionnel : doute permanent, précision par le détails, perfectionnisme exagéré, souci excessif du détail, rigidité, entêtement, caractère/monde anal : ordre, parcimonie, … adopte des attitudes opposées pour justement donner un sens opposé au contenu obsessionnel. Utilise tout un tas de mécanismes conjuratoires pour se mettre à l’abri de cette personnalité obsédante. Mécanismes à caractère magique, le fait de compte par ex, si je fais moins de dix pas, tout se passera bien.

# Le monde des états limites

Vient d’un mouvement psychiatre pour atténuer le caractère tranché de ces catégorisations.

**50’s.** Ce mouvement est parti d’une recherche sur l’anamnèse des patients afin de tenter de dépister des signes de psychose à l’âge adulte. En essayant de repérer ces signes => nouvelle pathologie.

Puis l’arrivée de la pédopsychiatrie qui a proposé d’autant plus de tableaux cliniques.

Voie psychanalytique (principalement des américains 40’s) : travail sur des patients apparemment névrosés mais qui pendant la cure se comportaient comme des psychotiques. Ont participé à la création du terme border line.

Cette notion, lors de son apparition et aujourd’hui encore, représente **une forme mineure de psychose ou une forme majeure de névrose**, soit **une voie de passage de névrose à la psychose**.

Pour d’autres encore cette catégorie de patients était **une catégorie en soi, indépendant avec des logiques propres**.

L’organisation limite est un cadre de multiple variations, il n’y a pas un seul symptôme qui ne pourrait pas se retrouver dans les états limites.

Il y a malgré tout, des éléments principaux :

* **L’angoisse qui ici est permanente**, flottante. Et une intolérance à l’angoisse qui est envahissante et le sujet ne peut la supporter. **Angoisse de perte, d’abandon**.

Symptômes d’apparence névrotique, sont là pour circonscrire l’angoisse :

* **Les phobies** : ici changeantes, multiples (dans la névrose, fixes). Phobies qui concernent surtout le corps, la maladie, les modifications du corps.
* **Obsessionnels**: idées obsédantes, paranoïdes,
* **Hystériques**.
* **Hypocondriaques**.

Mais ces symptômes vont échouer à circonscrire l’angoisse, à la localiser, donc le symptôme déborde et envahit tout le temps.

* **La dépression** : constante, traduite par un **sentiment de vide**, d’ennui, un état banal permanent. Désespoir. Qui plus est, le sujet a **horreur du vide**, donc il mettra tout en œuvre pour y échapper. Va s**’engager dans tout un tas d’activité,** d’agir, mais qui ne tiennent jamais, **échec** aussi rapidement que naissance **=> de nouveau sentiment de vide**, d’inutilité où le risque de suicide est important.
* **Le passage à l’acte** : conduites impulsives, sujet instable dans son investissement, dans ses centres d’intérêt et dans ses relations. Passage à l’acte qui prend la forme de fugues, violences, prostitutions, automutilations. Passage à l’acte auto destructeur : alcool, drogues, … si le sujet fonctionne principalement sur ce mode = psychopathie.
* **La dépendance** : profondément dépendant. Instable parce que dépendant. **N’aime pas la dépendance**, donc relations sociales conflictuelles car il est dépendant mais ne le veut pas. Conduites sexuelles chaotiques pour limiter la dépendance.
* **Troubles de la symbolisation, troubles de la pensée** :
	+ Soit **la pensée peut être concrète**. Le mot = la chose. Parler = agir. Dire = faire.
	+ Soit la **dissociation** par lesquelles le sujet va passer brusquement d’une humeur à une autre
	+ Soit l’utilisation de **pensée magique** : croyance au télépathie, paranormal, …
* **La faille narcissique** : le sujet souffre d‘un manque important d’estime et de confiance en soi. Le contre en développant un soi grandiose : conception hypertrophiée de lui-même contre un sentiment de dévalorisation. C’est le trait majeur **= personnalité narcissique**. Ne pense qu’à lui, manipule, exploite les autres.
* **Insécurité intérieure permanente**. N’a confiance ni en lui ni en les autres = **attachement insecure**. Rien n’est fiable.

Ce qui le différencie du monde de la psychose c’est qu’il n’y a **pas de perte de l’épreuve de réalité**, et s’il y perte, pas de délire systématisé, **pas de création d’une néo réalité délirante**. Mais possibilité d’avoir des pertes de la réalité limitées à la relation intime, peut être envahit par des fantasmes qui prennent le pas sur la réalité.

Les communications affectives, quand on essaye de mettre le sujet en contact avec lui, en général, c’est possible pas comme dans la psychose.

**La différence avec la névrose**, c’est que ce n’est **pas le même type de conflits** auxquels on a à faire. **Ici beaucoup plus narcissique**, moins lié à la différenciation des générations et sexe, plutôt les autres et lui-même. A un immense besoin de compréhension, gratification, passe son temps à vérifier l’amour de l’autre, le met constamment à l’épreuve. Et il a plus besoin de l’amour de l’autre que de l’autre. Le patient a dépassé le risque de morcellement mais n’a pas accédé à la relation génitalisé.

Les aménagements états limites conservent deux territoires : un qui est adapté à la réalité (pseudo-névrotique) et un autre plus utilitaire, servant de faire-valoir. Normalement, pas trop d’accès au refoulement, et le clivage des deux territoires est le moyen d’éviter l’éclatement du Moi. Aménagement toujours instable, et on verra apparaître une évolution au cours de l’existence, soit d’une manière brusque (évolution aiguë), soit d’une manière plus silencieuse (évolution stable).

D’un point de vue métapsychologique :

* **Dans la névrose le conflit se situe entre le ça et le surmoi**, et le moi doit gérer les contradictions.
* **Dans la psychose le conflit est entre le ça et la réalité**, e le moi y assiste et parfois cela se passe sans lui = sujet dé-subjectivé.
* **Chez l’état limite le conflit est entre le ça, l’idéal du moi et la réalité**.

Dans les états limites, beaucoup de pathologies similaires aux autres pathologies de la névrose, la somatique.

Evolution aiguë : décompensation lors d’une mise à la retraite par exemple, ou lors d’un accouchement, ou à l’occasion d’un mariage. La confrontation à toute mort symbolique fera surgir une grande crise d’angoisse. Risque de tentative de suicide.

Il y a toujours un deuxième traumatisme désorganisateur réactivant la problématique narcissique du premier trauma. Cette crise d’angoisse est un état transitoire prépsychotique, pré-névrotique ou pré-psychosomatique.

Evolution stable :

* **Aménagement caractériel** :
	+ **Névrose de caractère** : le sujet joue à la névrose. Il n’y a pas de conflit ça/Surmoi. Le problème est dans la relation à l’objet. La personne est hyperactive, avec peu de fantasmes mais un grand risque dépressif. Beaucoup de jugements moraux rigides. Ces gens se défendent en accusant les autres d’être responsables de leur malheur. Anaclitisme pour dominer et non rassurer. Comme il n’y a pas eu de mécanismes identificatoire (Œdipe), ils restent dans l’imitation de l’autre.
	+ **Psychose de caractère**: différent d’une psychose, car le sujet n’est pas coupé de la réalité, il a du mal à l’évaluer.
	+ **Perversion de caractère**: perversion narcissique d’ordre sexuel mais qui se manifeste sans sexuel par des pulsions d’emprise, des relations tyranniques à l’objet, car ils ont des gros problèmes à se faire respecter.
* **Aménagement pervers**
	+ **Perversion** : sexuelle mais dans laquelle la sexualité est au service du besoin narcissique, de sa quête narcissique.
	+ **Sadisme**: plaisir retiré à faire souffrir les autres, ou les humilier. Confusion chez le sujet entre la dynamique érotique et le dynamisme agressif. Son but étant de contrôler, maitriser l’objet affectif corporellement et psychiquement. L’angoisse de castration provoque une régression au stade sadique anal. Pour ne pas faire souffrir les autres, il devient le bourreau.
	+ **Masochisme**: retournement de l’agressivité sur soi, il s’inflige lui-même les souffrance. Le plaisir est atteint dans la souffrance et l’humiliation. Sans cesse répétition de la scène de castration. Régression au stade anal où la punition était recherchée pour le plaisir, et il y a punition pour les désirs vis-à-vis de la mère ou du père.
	+ **Exhibitionnisme**: montrer ses organes sexuels dans le but de susciter l’effroi, le scandale. Jeu de regard avec la fuite. Le regard de l’autre représentant l’équivalent du substitut phallique. Correspond à une tentative de séduction de la mère lors de l’Œdipe. Face à l’angoisse de castration, le sujet a besoin que l’autre réassure sa possession d’un pénis.
	+ **Voyeurisme**: épier autrui à son insu et dans son intimité. Moyen de contrôler la scène primitive vécue comme une agression dangereuse. Moyen aussi pour vivre par procuration le rapport sexuel sans la crainte du châtiment de castration. Et c’est la recherche du pénis chez la femme.
	+ **Travestisme**: plaisir sexuel apporté par le port du vêtement de l’autre sexe, ainsi que l’imitation des attitudes corporelles de cet autre sexe. Identification primaire à la mère préœdipienne. La mère étant vécue comme portant le phallus (dans une inversion du complexe d’Œdipe.
	+ **Fétichisme**: le désir érotique se rapporte sur une chose inanimée. Défense contre l’angoisse de castration qui amène l’enfant à une véritable dénégation de l’absence de pénis chez sa mère. Objet fétiche = phallus de la mère.
* **Psychopathie** : organisation du soi autour de la délinquance

Etats limites : sujets intéressants, attachants. Ce contexte permet de penser la coexistence de processus de nature différente.

Freud lui-même quand il a étudié la psychose a mis en évidence qu’il y avait des processus névrotiques. Dans ce texte de la psychose, il donne la définition la plus précise du refoulement qui est un mécanisme particulièrement névrotique.

**Frances Tustin** : parlait de **partie autistique chez les névrosés**. Protège contre l’impuissance. Patient impénétrable. Description de troubles = états limites. Patients difficiles à traiter car ils entrainent toujours l’autre dans leur âme.

Les défenses dans l’état limite : (même que dans la psychose)

* **Clivage**,
* **Projection**,
* **Déni**,
* **Idéalisation suivie d’une dévalorisation**,
* **Identification projective** : place à l’intérieur de l’autre ce qu’il ne veut pas de soi
* Sentiment d’omnipotence (comme dans la personnalité narcissique) masquent les sentiments d’infériorité, d’humiliation. Donne des relations méprisantes des autres qui sont des objets utilitaires. Donne le faux-self = fausse identité, imposture.

Défenses encore plus primitive voir autistique :

* **L’évitement du contact émotionnel**, affectif. **Congèle ses émotions**.

Relations au monde : **mépris**. Grande dépendance et en même temps attaque en permanence le lien dépendant. Relation anaclitique, **dans une quête permanente manipulatrice, tyrannique** **pour sa propre sécurité affective** ou alors développe **une illusion d’indépendance**. Quoi qu’il soit, l’autre n’est jamais à la bonne distance.

Sinon exportation de la dépendance sur l’autre. Il fait en sorte de rendre l’autre dépendant.

Ex : un patient qui s’est entouré d’un tas de gens dépendants de lui, pour se rendre important. Mais son problème : il se sentait seul, vide, rien ne l’intéressé. S’est rendu compte de son problème seul.

Le lien n’est jamais tranquille : toujours une confusion entre l’amour et la haine. Caractérisé par l’idéalisation de soi. Enjeux : captation répétitive de l’attention des autres (soi grandiose)

Quand le sujet échoue, pas de sentiment de culpabilité, mais **sentiment de honte**.

**Relation intériorisée** (objets primaires) : pas d’objet secourable. **Cet objet primaire est toujours défaillant**: comme si toute la fonction parentale était défaillante. Objet imprévisible, comme si le sujet avait à faire à un **monde inconstant**. Pas d’expérience fiable et secure à l’intérieur de lui. Ou alors objet froid, abandonnant ou au contraire qui englouti et rejette en même temps. Objet inatteignable, inaccessible. Objet interne dégradé, humilié. Ou empiétant (Winnicott). Ou bien encore objet tyrannique (parents violents).

* Profond sentiment d’insécurité. Se répète dans les liens affectifs, amoureux, dans le transfert thérapeutique.

**Relations au corps** : conduites hypocondriaques, psychosomatiques, automutilation (seule manière de se sentir exister et donc apaiser l’angoisse).

Ex : patiente qui devient comme sa mère. Lit quelque chose sur les mycoses vaginales jusqu’à 13 ans = pas désirée par ses parents, le demande à sa mère qui le confirme => déni de violence.

Motifs de consultation : demandent de l’aide car leur relations échouent, (dépendance recherchée et redoutée), répétition des relations insatisfaisantes, toxiques, comportements destructeurs. Rêves de tunnels sans issues, glissades sans possibilité de s’accrocher, de se faire enterrer vivant (se tuer à coups de couteaux pour ne pas mourir étouffé).

Tout cela se rejoue dans le transfert : le thérapeute ne sera jamais à la bonne distance (trop loin, pas suffisamment pas bavard, ou trop près). Relation instable, d’un jour, d’une minute, être tout bon, puis tout mauvais. Les interprétations seront prises avec envies, donc soit il s’empare du professionnel et devient psy, soit attaque violente.

# La psychopathologie de l’enfant

Il y a une mutation dans la demande de consultation, depuis les années internet. Quand les gens consultent, connaissent le cv entier du psy et ont un diagnostic. Introduction de certains biais.

Ex : un dame veut consulter pour son enfant de 10 ans. Dans son courrier un tableau indiquant que son enfant est atteint de dépression car il possède les symptômes (croix + explications). Lors de l’entretien, abandon du foot = abandon. Dans la vie soit on se bat, soit on crève. Ici pression familiale, le foot pas par plaisir mais pour répondre à un idéal parental. L’enfant développe alors des comportements pour se libérer de cette pression, notamment ce qu’il y a sur la liste. La relation affective est remplacée par une relation économique, de marchandage. Les deux parents sont commerciaux, particulièrement le père, la mère dit qu’il tient mal son rôle, il travaille trop, et le moment de répit était lors du foot du fils.

**Un travail sur un enfant sous-tend un travail avec les parents aussi**.

L’enfant est en évolution permanente, les choses ne sont pas fixées. Il est donc **difficile d’affirmer une psychopathologie**, et encore plus **difficile d’affirmer une structure**.

La majeure partie de processus psychopathologique font partie de développement normal, donc il est normal de voir certains signes pathologiques chez les enfants. Si ces signes sont dénaturés, cela devient pathologique, toxique. Généralement, **un trouble toxique n’est jamais seul.**

**Plus un symptôme est massif, précoce et persistant, plus il prendra de place dans le développement**.

Ceci est **particulièrement vrai pour les symptômes somatiques, comportementaux**. Chez l’enfant, notamment, le corps est plus exploitable pour l’expression de la psyché.

L’approche de l’enfant en général, ne peut pas s’envisager en dehors de son environnement.

**Winnicott**: **un bébé tout seul, cela n’existe pas**. (il y a toujours des bras pour porter…)

Du côté du congénital, d’autres facteurs :

* **L’histoire du sujet**,
* **Les projections parentales**, tout ce qui sera transmis inconsciemment et qui va déterminer son développement.

Il est très important d’avoir l’expérience de l’enfant. **La souffrance psychique c’est toujours celle de l’enfant en soi, d’une partie infantile du soi**. Soit des souffrances de l’époque infantile, soit dans l’actuel, mais qui touche l’enfant en soi.

Donc difficile de comprendre la souffrance si pas d’expérience de l’enfant.

## Approche des troubles psychopathologiques chez l’enfant.

Très peu de différence avec l’adulte.

**On ne va jamais se focaliser sur le symptôme**, car les difficultés ne se résument pas au symptôme. Si focalisation, prise de risque de persécuter l’enfant et la famille, qui en souffrent, et une possible disqualification qui empiètera sur le soin.

Savoir comment le symptôme est nait, quand, qu’est-ce qui se passait, qu’est-ce que cela raconte ?

**Intérêt sur la situation actuelle mais aussi au passé**.

Le passé concerne celui de l’enfant, mais aussi sa **préhistoire.** **L’image de lui,** investit sur l’enfant, ce **que les parents imaginaient de l’enfant**, et également **l’histoire des parents lorsqu’ils étaient enfants**. Ainsi, beaucoup de symptômes, notamment ceux qui mettent à mal la parentalité, peuvent s’appréhender par les enjeux de l’héritage que les parents transmettent, particulièrement la manière dont l’enfant va se débrouiller avec l’héritage.

**L’héritage**: constitué des besoins infantiles des parents. Ces derniers attendent quelque chose de l’enfant en fonction de leur propre histoire.

Un enfant a toujours deux missions :

* **Assurer l’immortalité du narcissisme des patents**, réaliser tout ce que les parents n’ont pas pu réaliser.

**Freud : « sa majesté le bébé va réussir ce que les parents n’ont pas réussi »**. Donc catastrophe quand cela n’est pas fait **= déception narcissique.**

* **Réparer l’histoire parentale**, quand on devient parent, on imagine que l’enfant va avoir une meilleure vie, ainsi réparer les blessures d’eux étant enfant.

Cet héritage infantile des parents va peser sur l’enfant et sur la manière d’être parent. Notamment dans **la manière dont ils vont poser les limites**, sera tributaire de la manière dont ils ont vécu leur enfance. Si un parent impose une limite pour répondre à un ancien besoin de manière cruelle, c’est qu’il attend que l’enfant répare. Si des parents ne savent pas mettre des limites, car cela veut dire être méchant.

Un autre héritage avec lequel chaque enfant doit se débrouiller : **héritage fantasmatique** (transmis par les parents). Partage de la vie inconsciente. Donc cette demande inconsciente est faite à l’enfant afin qu’il prenne une place fantasmatique attendue par les parents.

**Ces fantasmes se transmettent par le discours non verbal**, notamment quand ce discours trahit le discours verbal. **Message contradictoire** auquel l’enfant doit répondre soit directement, soit par la production d’un symptôme.

Ex : une mère consulte pour un enfant qui fait des crises de rage, qui frappe, lors d’une consultation, la mère parle, l’enfant joue, et la mère dit : « dimanche c’est l’anniversaire de sa sœur, l’anniversaire de ta sœur, tu as bien compris, il y aura beaucoup de monde ». La mère répète, exagère, jusqu’à dire à l’enfant qui ne réagit pas : « c’est l’anniversaire de ta sœur dimanche, il y aura du monde, elle aura pleins de cadeaux et toi tu n’auras rien ». alors l’enfant finit par jeter ses jouets et la mère dit : « vous voyez comme il est jaloux » = création de la plainte par la mère. Cette femme était en manque d’amour de son propre père, et a projeté cette image sur son fils.

## Le soin chez les enfants

Pas de différence avec l’adulte.

**Consiste à mettre des mots, retrouver une parole, une pensée, là où il y a mise à distance de par une souffrance insupportable**.

**Un enfant qui ne se sent pas construit**, pour qui **personne n’a pu réussir à dire les émotions qu’il ressent** (des parents trop occupés par leurs propres angoisses, soit parce que la vie émotionnelle de l’enfant est trop proche de leur propre douleur), il va **se débarrasser de ses émotions et affects, dans le corps** (maladies…), **dans le comportement** (troubles de conduites). Plus un enfant est compris, moins il a besoin de faire des choses extraordinaires pour qu’on le comprenne.

## L’aspect développemental

Psychopathologie est souvent ramenée au développement de l’enfant, notamment au niveau des failles. Les stades psychosexuels. Il y a des **points de fixation** pour les pathologies : pourquoi reste-t-on fixé à tel stade ? (un trauma, …) donc plus tard, à chaque crise, on retourne à ce stade.

**Le modèle des positions psychiques** : expérimentation de différentes positions, alternation de ces positions, pas de fixation. **Oscillation** entre position fermée et position ouverte.

Ces positions dominent certains moments de la vie et apparaissent dès le début de la vie. **Trois types de positions** que l’on retrouve tout au long du développement psychique (définit par un type d’angoisse, un type de défense pour l’angoisse et un type de relation au monde) :

* **Position auto sensuelle** (position autistique normale) : apparait de la façon la plus précoce. Constituée d’angoisses primitives, d’agonie primitive, sentiment de non existence. Deux types de défenses pour cette angoisse de non être :
	+ **Démantèlement** : séparer les perceptions pour faire en sorte que l’objet n’existe pas (perception des cinq sens)
	+ **Identification adhésive**.

**= monde de l’autisme**.

* **Position paranoïde schizoïde** (position symbiotique) : les angoisses de persécution. Les défenses utilisées sont celles des psychotiques, pour se débarrasser de la réalité et s’accroche à la bonne expérience.

**= monde d’objet partiel**.

* **Position dépressive** : angoisses de pertes, de dépression, de séparation. Les défenses sont celles de la névrose, essentiellement le refoulement, par crainte d’abimer l’objet aimé. Culpabilité et ambivalence.

**= monde objectal**.

Dépassement de la position dépressive = santé mentale

## Les types de pathologies chez les enfants

Les mêmes que chez les adultes.

**L’autisme infantile** : définition et classification en évolution. Dans certains classifications, c’est une psychose, dans d’autres surtout pas. Evolution sur l’incidence (entre 1 et 5 sur 10000, maintenant 1/100… absurdes) derrière ces chiffres, laboratoire pharmaceutique. Les enjeux ne sont pas les mêmes sur le marché quand c’est sur 10000 et sur 100.

Symptômes de l’autisme :

* **Trouble majeur dans les relations sociales**, retrait, pas d’intérêt pour les gens
* **Ne différencie pas toujours l’animé de l’inanimé**.
* **La communication est extrêmement altérée**, troubles plus ou moins importants du langage, le plus souvent écholalie. Intérêt pour la musique des mots et pas leur sens.
* **Peu d’accès à la réalité émotionnelle**, ne peut pas reconnaitre les émotions. Peut parler de choses factuelles
* **Beaucoup de stéréotypie corporelles et gestuelles**, beaucoup d’automutilation
* **Le moindre changement provoque des crises violentes**, particulièrement pour les choses, moins pour les personnes
* **Troubles cognitifs**, et **retard mental important**.

Différentes formes d’autisme :

* **Autisme précoce** (Kanner) débute dans la première année de la vie.
* **Autisme secondaire régressif**, observé chez des enfants qui se développent normalement puis régresse, autour de 18 mois.
* **Syndrome d’Asperger** : concerne les enfants qui n’ont pas de retard de langage, qui ont des capacités particulières dans certains domaines (mémoire importante, capacité de calcul) mais complètement inadaptés dans le monde relationnel.
* **Les psychoses** : troubles de la communication majeure, rupture avec la réalité, le délire difficilement identifiable chez l’enfant (pas de délire avant 11 ans) car mêlé à l’imagination. Pas de différence entre fantasme et réalité. Accès majeure d’angoisse, manifeste des impulsions destructrices violentes. Débordements pulsionnels, omnipotent, toute puissance.
	+ Psychose déficitaire précoce : tous les symptômes psychotique + retard majeur…
	+ Psychose symbiotique : dominent les angoisses majeures à la séparation. Enfant collé à un objet, une personne, collage destructeur. Symbiose + destruction.
	+ Psychose schizophrénique, psychose désintégrative, discordante, pour ne pas dire schizophrénie : délire, désorganisation mentale
	+ Psychose dystonique : dépression majeure avec repli, mélancolie, excitation maniaque
	+ Dysharmonie psychotique (uniquement chez l’enfant) : on en parle quand il n’y a pas tous les symptômes de la psychose + dysharmonie cognitive + symptômes névrotique = états limites.
* **Pathologie limites** : symptômes identiques que chez l’adulte : dépendance, angoisse permanente, impulsivité, instabilité, violence, relation d’objet tyrannique, limite d’identité insecure, limite de la loi (difficile de ne pas la transgresser)

Etat limite chez l’enfant = dysharmonie évolutive.

* **Névroses** : identique que chez l’adulte. Dominé par le sentiment de culpabilité, avec des angoisses de castrations, jalousie, sentiment d’exclusion.
	+ Forme anxieuse
	+ Forme hystérique
	+ Forme obsessionnelle
	+ Forme phobique

De nombreux parents peuvent consulter avec leur enfant pour des troubles isolés (du langage, cognitif (troubles dys…), moteur, …), ou encore troubles du sommeil, troubles scolaires, des conduites. Motifs fréquents.

Le champ du handicap très important chez l’enfant. Définition en évolution. Dyslexie = handicap aujourd’hui. Psychose = handicap psychique. Raison idéologique, économique, et représentations sociales.

Handicap (définition classique) :

* handicap mental/intellectuel avec les déficiences intellectuelles qui se mesurent par le QI, associé à des problèmes génétiques, chromosomiques, accidentels (trisomie 21).
* Handicap sensoriel et/ou moteur : conséquence de malformation, de problème génétique, chromosomique, infectieux, toxiques, accidentels (IMC : cérébral, manque d’irrigation)

# La psychopathologie du bébé

Réfléchir aux besoins du bébé.

**Les besoins du bébé** :

* **Attention, investissement, amour**,
* **Continuité, permanence dans le soin**,
* **Environnement permanent, répétitif**,
* **Communication, interaction**,
* **Compréhension** (pour le comprendre il faut pouvoir s’identifier suffisamment à lui)
* **Contenu, fonction contenante de l’environnement** (besoin que ses expériences soient contenues), contenu dans sa vie mentale pour faire l’expérience d’existence, de continuité de l’être, pour avoir un sentiment de sécurité.

Tous ces besoins **supposent un autre**, l’action d’un autre, la vie psychique d’un autre.

Winnicott : un bébé tout seul, cela n’existe pas.

Le besoin d’être contenu : **fonction contenante** : ce sont d’abord et entre autres les angoisses auxquelles le bébé est soumis, qui menacent son intégration. On peut se représenter **le mental du bébé comme un état chaotique** (dans le premier âge) qui va **osciller entre des moments de désorganisation, dissociation, dispersion**, **et des moments où le bébé se sent rassembler dans son corps, dans sa vie mentale, dans sa personne**. Le bébé va **rechercher le maintien de cet état d’intégration** car on lui donne un **sentiment d’exister**.

Mais **la capacité à maintenir cette intégration est faible chez le bébé**, la moindre expérience nocive, désagréable (la faim), va attaquer ce fragile état du bébé, il a donc besoin de cette fonction contenante de l’environnement.

La situation prototypique de cette fonction de contenance c’est **le nourrissage**, pendant le nourrissage, le parent va transformer l’état chaotique du bébé, **transformer ce vécu en état de rassemblement**. Lors de la tété, le bébé fait l’expérience de la disparition de mauvais sentiment, et l’arrivée d’un bon sentiment.

**Expérience de rassemblement** car il est attiré par l’objet (le sein), et expérience d’une jonction de tout un tas de modalités sensorielles, le portage, l’enveloppement, l’interpénétration des regards, le contact du téton dans la bouche, ce qui donne un sentiment Moïque, un sentiment d’existence.

Tout cela va donner une première organisation du corps, **une base de l’identité**. Si cette expérience est suffisamment bonne (répétition, prévisible), le bébé va intérioriser cette expérience dans son monde interne et il pourra la retrouver en cas de besoin (mais pas tout seul, avec de l’aide). Par exemple lors de la faim, mauvaise expérience qu’il évacue par de l’agitation, des pleurs, et si les parents comprennent le malaise du bébé, celui-ci se calmera malgré sa faim, cette sensation de faim sera désintoxiquer, sera transformer en un sentiment supportable et pourra même peu à peu permettre au bébé de penser la satisfaction (commencement de la pensée).

Dès le début de la vie, le bébé est confronté à un tas d’angoisses désorganisatrices (nature volcanique de la vie pulsionnelle – Freud)

**Tustin** : « gaz dangereux »

**Winnicott** : agonie primitive, dans les moments de désorganisation, le bébé est anéanti et a besoin de contenance.

Cette fonction contenante donnée par les parents est petit à petit intériorisée.

Contenant au sens attracteur (pas récipient) : le bébé est attiré par l’objet (la mère, le père, celui qui s’occupe de lui) et cet objet va rassembler toute la sensualité éparse du bébé.

Bion : fonction alpha.

Winnicott : préoccupation maternelle primaire.

Mais **Bion** donne **la représentation la plus pertinente de l’interaction entre le psychisme du bébé et l’environnement**, avec l’idée que la qualité de la vie psychique du bébé est tributaire de la vie psychique de celui qui s’occupe de lui, et plus particulièrement **la capacité de rêverie** (= capacité à transformer, penser les vécus du bébé qui ne peut pas le faire seul).

Ce qu’il vit de manière brute sont des **éléments bêta** (**= des éprouvés que l’on ne peut pas penser**). Le seul destin de ces pensées c’est la projection (par les cris, les pleurs). L’objet qui reçoit ses projections, l’autre va transformer ces éprouvés bruts, et renvoie au bébé les **éléments alpha** (**= éléments pensables, issus de la transformation par l’objet**) exemple : oui le biberon chauffe, cela va arriver.

**La première activité de pensée est faite par un autre,** quelqu’un qui pensera à la place du bébé. Ainsi le bébé finira intérioriser ses fonctions et pouvoir plus tard penser tout seul.

Dans cette expérience se produit un conjonction sensorielle, conjonction pluri-sensuelle. En cas de détresse/désorganisation, le rappel d’une seule de ces modalités sensorielles pourra suffire à le rassembler.

**Brazelton: échelle d’évaluation des compétences du bébé**. Dans cette grille, un item qui concerne **les capacités d’auto-consolation**. Exemple : un bébé qui s’énerve, qui pleure, s’agite, avec un expérimentateur sadique qui observe cet être en état de détresse. On commence par ne rien faire pour voir si le bébé se calme. S’il ne se calme pas, on va lui présenter, juste le visage de la mère. Parfois la simple vue du visage de la mère suffit à le calmer. S’il ne se calme pas, on demande à la mère de parler, et cela lui permet de se rassembler. Et si cela ne suffit pas, alors, la mère doit toucher le bébé, etc. l’idée est de voir à partir de quand le bébé arrive à se rassembler et l’ultime action est que la mère enveloppe le bébé, lui donne la tété.

Un bébé en recherche d’intégration va chercher chez l’objet, sinon dans ses sensations, **s’accrochera à une sensation** (une lumière, un son) **= identification adhésive.** **Les premiers objets contenants sont des objets sensuels, sensoriels**. Ces objets se rapprochent de ceux des objets autistiques (à une époque cette phase était appelé phase autistique, aujourd’hui phase sensuelle).

Avec les deux mécanismes de défenses :

* **Identification adhésive**,
* **Démantèlement** : séparer les différents perceptions, sensations, pour s’accrocher à l’une des sensations

Quand l’environnement exerce une grande solitude, le bébé prendra l’habitude de démanteler ses sensations, il utilisera l’environnement pour se rassembler et trouver un sentiment de sécurité.

**La fonction réflective** : que l’environnement doit apporter, notamment la fonction miroir de la mère qui va renvoyer les émotions.

Cette fonction ne se résume pas à refléter les humeurs et émotions du bébé, mais une véritable transformation **comme dans la fonction alpha**. L’autre doit transformer activement les données sensorielles du bébé comme un miroir pensant. Cette fonction met de l’ordre dans l’esprit chaotique du bébé.

**Wadell** Margot. **Le développement de la personnalité** : elle reprend un passage de Peter Pan : « c’est la coutume le soir de toutes les bonnes mères, une fois leur petit endormit d’aller fureter dans leur esprit et d’y faire du rangement pour le lendemain matin. Le premier temps met à leur place respectives les innombrables choses qui se sont éveillées, égarées durant la journée. Si vous pouviez rester éveillé (ce qui bien sûr est impossible) vous surprendriez votre mère en plein dans cette activité, et vous l’observeriez avec le plus vif intérêt. C’est un peu comme mettre de l’ordre dans un tiroir, vous la verriez à genoux, je suppose, penchée, souriante, se demandant où diable avez-vous pris cette idée allant de surprises en surprises pas toujours agréables. Pressent ceci contre sa joue qui lui parait aussi doux qu’un chaton, rejetant ce qui est sale hors de sa vue. Quand vous vous réveillez le matin , le mal, les actions mauvaises avec lesquelles vous vous êtes mis au lit, ont été plié avec soin et ranger au fond de votre étagère. Et par-dessus bien aéré, sont étalées vos plus jolies pensées ».

Autre aspect de **la fonction parentale (Stern)** : **les capacités d’accordage**: les parents doivent s’accorder affectivement avec le bébé. **Accordage affectif** : concerne tous les comportements, les attitudes que renvoient le partenaire du bébé dans une interaction et qui ont des attitudes qui traduisent ce que le bébé est en train de vivre.

Accordage = traduction qui concerne l’intensité, la forme et le rythme de ce que vit le bébé.

Plus le bébé vit des expériences d’accordage affectif, plus le bébé aura le sentiment que la vie subjective est partageable. (Ces moments sont notamment lors des jeux, qui sont très importants pour le bébé).

Toutes les actions d’accordage se font dans les interactions ludiques. L’accordage, l’ajustement donc des modalités d’interrelation extrêmement importantes pour le développement psychique du bébé.

**La rythmicité des expériences** (nourrissage toutes les 3 heures) est importante. Importance que le soin soit ritualisé. Le bébé a besoin de changement et discontinuité seulement si cela est posé sur un rythme respecté. Plus le rythme est prévisible, plus le changement est accepté. Ce n’est pas la quantité de satisfaction, mais la qualité rythmée, permanente.

Un bébé de 3 mois laissé 8h à la crèche (après une permanence de 3 mois) cela représente 2 mois de vie pour une personne de 40 ans.

Un bébé de un an qui passe une semaine chez maman et une semaine chez papa = 1 an chez une personne de 50 ans.

Rythmicité très importante !

**La sollicitation** : il faut solliciter le bébé, pas seulement répondre à ses besoins. Ramené un enfant qui en retrait à un niveau de d’échange (« le tirer vers le haut »). **Appeler le bébé à la communication**.

Un bébé a besoin aussi de deux parents, et surtout que les parents soient dans un environnement harmonieux, que les fonctions maternelle et paternelle à l’intérieur de chacun (psychique) soient en mode **bi-parentalité psychique**, exercer ces deux fonctions soient harmonieusement articulées. Besoin de liens paisibles, sécurisant.

**Lien intersubjectif** : le bébé a besoin d’être en contact avec la vie subjective de l’autre. Le narcissisme primaire est un monde objectal selon Freud. Mais le bébé existe, différencie la mère du père, reconnait la voix de sa mère parmi d’autre (cela commence dans la vie fœtale, le père 15 jours après la naissance). Le bébé va différencier des expérimentateurs différents, il a des capacités discriminatives, sauf si narcissisme primaire et qu’il dort 23h/24.

Il a besoin de conversation, proto conversation. Il en a besoin pour comprendre ses propres affects. Besoin de les explorer à travers un autre = identification projective.

**Bion** dit que c’est une **identification projective normale** qui concerne l’intersubjective, et c’est à partir de cela que nait la subjectivité propre.

Quand tout cela ne se passe pas, ou pas suffisamment bien, **le bébé va développer des symptômes et souffrances qui vont s’exprimer dans le corps** (maladie, agitation, insomnie, motricité) **et dans le lien**, dans l’intersubjectivité, toujours liée à une mise en échec de ces fonctions décrites plus haut.

Cet échec peut être lié à l’ordonnément lui-même, peut-être dû aussi au bébé lui-même, qui est particulièrement morcelable ou parce qu’il a des particularités maladives. Ou encore des environnements qui ne permettent pas la satisfaction du bébé. D’autres bébés mettent à mal les fonctions parentales (hurleurs, anorexiques, insomniaques).

**C’est en observant les liens que l’on va apprendre le problème**, observer les interactions comportementales, communicatives, corporelles, gestuelles. Interactions continues, discontinues, harmonieuses ? Contingence des interactions (réponse à une demande du bébé). **Observer les interactions affectives** (accordage affectif), sensible ou insensible aux affects du bébé ? Egalement les **interactions fantasmatiques** : la manière dont les parents projettent sur le bébé, comment le parent projette sur le bébé et qui vont épingler le bébé dans une identité (ex : quand il me regarde comme ça, on dirait que mon père me regarde).

Exemples d’interactions toxiques :

* Un bébé qui évite le regard de sa mère, son père, évite tous les regards, ou évitement sélectif.
* Imprévisibilité dans les réponses des parents
* Alternance entre moments fusionnels et moments de rejet
* Absence de parole adressé à l’enfant, ou un bébé qui ne vocalise jamais
* Absence de perception des progrès de l’enfant, ne le renforce jamais (jamais de sourires, …)
* Absence d’accordage affectif
* Inversion des ajustements, le bébé s’ajuste au parent et pas le parent qui s’ajuste à l’enfant hyper-adaptation du bébé, état d’alerte permanent, état de vigilance.
* Excitation du bébé qui est jeté en l’air sans arrêt, tout le temps stimulé.
* Un bébé bombardé de fantasmes parentaux (il est méchant, il m’en veut, il aime déjà les filles)

Comment va s’exprimer la souffrance psychique chez le bébé :

* **Grandes fonctions vitales** : troubles du sommeil, de l’alimentation, de tonico-motricité, psychomotricité (signes d’alerte : un bébé qui ne mange pas, ne dort pas).
* **Qualité de la mentalisation**, des organisateurs psychiques : le sourire (par ex), un bébé qui ne sourit pas est inquiétant. L’angoisse phobique à l’étranger (à partir de 6 mois, si des gens qu’il ne connait pas le prend et qu’il se met à pleurer pas comme à son habitude). Un bébé qui se colle à un miroir est inquiétant, un bébé qui ne joue pas, le pré-langage absent.
* **Tous les signes de l’évitement relationnel** : le repli du bébé qui peut aller jusqu’à l’évitement le plus grave : l’autisme. Evitement du regard, accrochage à des sensations de manière permanente (un son, une lumière), ne réagit si on lui parle, ne fait pas la différence entre une stimulation humaine et non humaine. Intérêt pour une partie du corps et pas la personne totale, manœuvre d’auto-entravement, autodestructrices. Absence d’ajustement staturale lorsqu’on prend le bébé dans les bras, ce dernier doit anticiper. S’il est tout mou quand on le prend dans les bras inquiétant.

Pour l’examen : une question transversale (sur plusieurs cours tout au long du semestre)

# La psychopathologie de l’adolescent

L’adolescence est une période critique (heureuse mais aussi difficile), c’est un âge de transition. Quitte le monde de l’enfance pour rejoindre le monde de l’adulte.

**L’adolescence commence avec** **la puberté**, même si l’état d’esprit n’est pas totalement lié au biologique. L’ado doit effectuer un travail douloureux, complexe et parfois angoissant. Doit construire et établir son identité sexuelle, établir son cadre, gérer la séparation, la perte, le choix, l’indépendance, les désillusions.

Deux taches majeures :

* **Intégration psychique de son corps** puberté qui se transforme,
* **Autonomisation**.

Double changement qui s’impose au sujet, une mutation somatopsychique (puberté qui conduit à une maturité physique qui rend la sexualité possible et concrète) et une mutation symbolique (le statut social avec l’accès progressif à une vie d’adulte).

**Ces changements produisent et représentent une crise**, cela impose un travail psychique. Ce travail pourra conduire à certain nombre de trouble, pathologie, psychopathologie.

Crise de l’adolescence, mais rappeler que de **nombreux ado traversent cette crise sans bruit manifeste**. Crise inévitable, mais une **crise bruyante ne traduit qu’un échec du Moi à gérer cette crise**.

Alors que durant la phase qui précède : la phase de latence, l’enfant apprend à maitriser le monde, l’ado lui subit, les transformations de son corps, perd le contrôle. Donc **besoin de s’approprier son corps** et une des façons de s’approprier son corps c’est par exemple : les tatouages, les comportements de mise en danger, pour **vérifier que le corps nous appartient bien**, qu’on en est bien le propriétaire.

**Cette conquête du corps** s’accompagne **d’une conquête de l’identité** qu’il doit construire, et plus il sera insecure, que l’attachement aux objets sera forte, plus ce travail de conquête se fera dans la violence.

**Besoin de lutter contre la perte de contrôle, contre la passivité**. Par exemple l’attente chez l’adulte pour telle ou telle chose, l’ado voudra aller plus vite, car envahit par des craintes de pertes de contrôle, d’être débordé. Craintes qui se traduisent par exemple par la peur de devenir fou, de dysmorphophobie, la crainte de s’endormir, tout ce qui lui donnera le sentiment d’être passif et de perdre le contrôle.

**Ces angoisses** vont se traduire par le fait de **se regarder dans le miroir**, pour **vérifier que l’on est bien soi-même**. Comportement de **régression narcissique**, avoir le sentiment de se sentir exister.

Toutes ces craintes seront alimentées par les **excitations sexuelles**, qui vont se traduire par **un sentiment de honte**, honte que les autres lisent dans sa tête ce qu’il pense. Ce qui fait qu’il aura du mal à se retrouver au centre d’une scène, d’être regardé.

**Ado particulièrement sensibles au regard**. Ils peuvent se sentir **abandonnés si on ne les regardent pas**, mais en même **incommodés si on les regarde avec trop d’insistance**. N’aime pas être pris en photo notamment pour les anniversaires, en famille.

Peuvent devenir très timides. Se cacher, ne pas prendre la parole. **Cette timidité peut conduire à prendre des conduites comme se cacher derrière ses cheveux ou des styles provoquants**, tenues provoquantes. Cette tenue provoquante est une mesure de **compromis** : plus la tenue est provocatrice, plus elle attire le regard, mais en même temps **le regard s’arrête sur la tenue, ne regarde pas la personne**. Compromis entre sa crainte d’être dévoilé et son désir d’être regardé.

Cette timidité est liée aussi à sa crainte que l’on pourrait deviner ce qu’il pense. Craint que l’on perçoive son excitation sexuelle. Les parents alors prennent la tête de l’ado et ce dernier en a la crainte, et se fait alors mystérieux, avec des **comportements incompréhensibles pour être sûr qu’on ne puisse deviner ses actes et ses pensées**.

Peut aussi se cacher derrière ses cheveux et lunettes noires pour **cacher son Moi**, qu’on y pénètre pas.

Toutes les modifications de son corps vont produire des angoisses qui pourront produire des **régressions narcissiques**. Peuvent régresser **jusqu’à l’oralité** (troubles des fonctions alimentaires, explique le dégout des repas familiaux, c’est comme si la scène primitive était déplacé sur la scène familiale). C’est **cette sexualisation** qui fait qu’il **ne supporte pas les bruits familiaux, les rapprochements corporels**.

Pour certains auteurs, **le corps pubère représenterait le parent incestueux**, les rapports au corps renverraient au **rapport fantasmatique incestueux = sentiment de dégoût, rejet**.

Tous ces **changements corporels** peuvent être vécus comme de véritables **persécutions internes**, ce qui peut produire de nombreuses confusions qui se traduiront par la dysmorphophobie, des craintes, ou des comportements pathologiques.

A l’adolescence **remobilisation de conflits infantiles**, **narcissiques et œdipiens**, des conflits de l’enfance et de la petite enfance. Et il a quelque chose de semblable chez l’ado et chez le bébé. Il y a des processus communs au regard des crises que l’un et l’autre affrontent.

Le premier point de rencontre par exemple : **la quête identitaire** (le bébé doit apprendre à dire « je », apprendre à se sentir à part entière, et l’ado c’est pareil, apprendre à exister par et pour lui-même). Tout ce processus de construction identitaire va produire des angoisses, craintes et conflits du même ordre aussi bien chez le bébé que chez l’ado.

Un deuxième point : **l’autonomisation** (le bébé aussi doit acquérir la marche, apprendre à s’éloigner, comme l’ado qui doit se séparer de son environnement, doit conquérir le monde) et tout cela vont produire également de nombreux conflits et souffrances.

Les conflits à l’adolescence remobilisent les conflits infantiles, narcissiques, œdipiennes, tout comme celles du bébé. L’adolescence va réveiller les deuils de l’enfant. Donne l’occasion d’une **réémergence des angoisses infantiles** : **la séparation** par exemple vont réveiller les angoisses précoces infantiles.

**Si toutes ces angoisses n’ont pas été suffisamment désintoxiquées en leur temps, au moment de l’adolescence elles risquent d’être traitées de façon extrême**.

Le bébé doit réaliser des taches similaires à celles d’un ado. Doivent apprendre à **intégrer la vie pulsionnelle**, **à organiser son rapport au monde**, **à organiser son rapport à la réalité qui s’impose à lui**, et auxquelles il peut difficilement continuer avec les illusions.

Le bébé aussi s’autonomise, et chez les deux ce désir va souvent plus vite que ce qu’ils le peuvent. Ce constat produit les blessures narcissiques, les éprouvés de rage, les revendications violentes, des comportements tyranniques.

Un ado comme un bébé a **besoin de triompher de l’adulte**, **sortir du sentiment de dépendance**. L’un et l’autre doivent **éprouver la limite**, **se détacher tout en gardant le lien**, sans perdre l’objet.

Le bébé comme l’ado subit **les modifications de son corps**, les capacités qui en émergent. Les deux cherchent le centre de scène mais aussi craignent le regard.

Les deux utilisent le corps et l’agir pour exprimer la vie émotionnelle, la conflictualité intérieure mais aussi pour apprendre du monde, de leurs expériences.

Les deux utilisent le corps et l’agir pour expulser la souffrance. Les processus projectifs sont prévalent. Faire vivre ses émotions aux autres, explorer leurs émotions en les envoyant aux autres (= identification projectives).

Les deux sont dans une nécessite de conquête du corps, de l’espace, de l’identité.

Turbulences de l’ado proches de celles du bébé.

**Si l’expérience bébé a été traumatiques, celles de l’ado seront aussi accentuées**.

Un bébé reste vivant dans tout ado (et adulte aussi) = inconscient = infantile en nous.

Les aspects bébés, laissent des traces dans le corps, les comportements, les pensées.

Dans le soin, c’est à l’enfant qu’on s’adresse mais aussi au bébé. On s’adresse à cette souffrance la plus douloureuse.

Réveille les expériences traumatiques soient vécues enfant, soient vécues à l’adolescence.

Cette partie infantile fait référence à deux ordres d’expérience :

* La détresse, de la dépendance, de la vulnérabilité due à l’impuissance
* La toute-puissance, omnipotence. Celles-ci visent à chasser les premières. Toute puissance infantile = gonflement narcissique qui peut être particulièrement sadique à l’égard du bébé dépendant à l’intérieur de soi.

**Si toute cette conflictualité** qui anime l’ado est **trop lourde** (le Moi ne peut pas gérer la crise), **le sujet va s’en débarrasser par l’agir** (de façon prioritaire) plutôt qu’à les résoudre. L’ado est marqué par une propension à évacuer la douleur. **Projection**.

**Evacue aussi par l’intelligence** (intellectualisation, se prennent pour des philosophes) pour **se protéger de la vie émotionnelle**.

Nécessité de s’éloigner des parents, **besoin d’être contre**. Cette hostilité provient d’une **intimité sexuelle** (fantasme incestueux duquel il se protège). Parfois les ados ont alors honte de leurs parents (quand on accompagne à l’école, jeune ok, ado se fait déposer loin). Quand l’ado a des parents trop cool, il ne peut pas éloigner, il a besoin de s’opposer, de sentir la limite. **Un ado n’est pas aidé s’il ne peut pas s’opposer à ses parents**.

L’ado a fréquemment **recours au groupe** : mentalité groupale, logique de groupe, de clan. Permet de **rester en contact avec certaines parties de sa personnalité** **qu’il ne peut pas toujours intégrer dans son soi familial**. **Groupe = lieu de sécurité** qui laisse libre cours à différents aspects de soi-même. C’est ce qui explique qu’un ado peut passer des heures entières au téléphone, permet d’expérimenter différentes facettes de soi.

**Même un ado qui n’appartient apparemment à aucun groupe** **satisfait tout de même son groupe** car il **représente le pariât, le rejeté, l’exclu** (un groupe à en a besoin).

**Dans le groupe se constitue le couple** (d’abord homo), et **l’identification sexuelle va émerger du groupe**. Tout groupe exerce toujours une **pression sur les membres pour des actes qui ne sont pas envisagés seuls**, et l’adhésion à un groupe avec des aspects destructeurs devient inquiétant pour un ado.

**Perturbations des parents des ados**. Celui-ci **vit la séparation**, perd son identité de parent, son petit enfant, il n’y a plus d’échange. Le parent va être traversé par la **rivalité narcissique**, **il revit sa propre adolescence**. L’ado va mettre à mal la parentalité (provocation, besoin d’être contre). S’ils sont trop fermes, cela leur est reproché, et si trop permissif, pas bon non plus = ado ordinaire.

Au niveau pathologique : toutes les pathologiques peuvent constituer les ado (psychoses, névroses, états limites). On peut tout retrouver à l’adolescence. Pas toujours facile de déterminer la pathologie d’un signe, d’un comportement, d’une conduite, car en **évolution permanente** (comme chez l’enfant), car confronté à toutes les angoisses et perturbations de leurs changements subis.

Il existe un débat sur la psychopathologie qui doit être penser dans une éventuelle continuité (enfant, puis adolescent, puis adulte) ou s’il y a une rupture du continuum et que l’adolescence produit des pathologies spécifiques. Possible de penser les deux perspectives selon le contexte :

* Il y a **continuité** par exemple avec l**’autisme chez l’enfant qui continuera chez l’adolescent.** Même si les transformations propres à l’adolescence vont jouer sur l’évolution de la psychopathologie de l’autisme. Valable aussi pour la trisomie 21.
* Alors que d’autres **sont dues à l’adolescence** **: l’anorexie** par exemple: il était classique de dire jusqu’à il y encore pas longtemps, que l’anorexie à l’adolescence n’a rien à voir avec celle du bébé. Chez l’adolescent c’est due à la sexualité, refus du féminin, de la sexualité féminine, mais maintenant on se rend compte que ce n’est pas si différent, il y a pleins d’enjeu commun. Notamment, il y avait des vécus infantiles avec des problèmes de l’alimentation.

Le débat est lancé aussi avec la schizophrénie, où certains disent que cela apparait à l’adolescence, et d’autres pensent qu’avec plus d’éléments, il serait possible qu’il est une psychose dans l’enfance avant l’apparition de la schizophrénie.

Troubles psychotiques concernent aussi bien enfant et ado. Des signes sont possiblement là.

Les pathologies peuvent être déclenchées par l’utilisation de substances.

Toutes les excentricités de certains ado sont passibles de psychoses.

Les états limites concernent l’ado, car **ado est une pathologie état limite normale**. Des adultes borderline sont souvent considérés comme des adolescents attardés.

Les troubles névrotiques de l’adolescent sont en continuité avec le Moi peau même si certaines caractéristiques vont souligner du fait du rapport au corps de l’adolescent, notamment les phobies, les dysmorphophobies, les préoccupations du corps, perturbations de l’image du corps, l’intellectualisation (symptôme névrotique), la timidité.

Fréquent et accentué chez l’ado : **la dépression** (chez l’adulte : ralentissement moteur) **passage à l’acte, hyperactivité, crise, colère, rage**. Dépression plus bruyante chez l’adolescent que chez l’adulte.

**Le recours à l’agir** (tentatives de suicides, conduites à risques, équivalent suicidaire, errance, violence, vol, mutilations, etc.). Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-25 ans après les accidents de la circulation. Suicides par absorptions de médicaments, plus alcool (médicaments prescrits = vigilance). Les addictions qui sont privilégiées chez les ado (alcool, tabac, troubles de conduites alimentaires, toxicomanie)

**Toxicomanie :** trois modes de rapports du plus léger au plus grave :

* Conduites motivées par **la recherche d’euphorie, convivialité**
* Conduites motivées par **l’anxiolytique, consommation solitaire**
* Conduites motivées par **la recherche anesthésiantes** (les plus redoutables)

Ce sont des manières d’aménager la dépendance, traiter la dépendance, mais échec, il n’y arrive pas.

# La psychopathologie du vieillissement

**Le vieillissement** est une expérience douloureuse, qui confronte entre autre à toute une série de deuils : le **deuil de son corps**, **son apparence, de ses performances physiques** (la santé du corps), **de la puissance sexuelle**. Faire le deuil aussi **des idéo, des projets de vie**, **d’objets perdus, de personnes perdues, d’objets d’amour et d’attachement** (ses propres parents, ses amis, parfois ses propres enfants).

Le vieillissement confronte d’une manière frontale à **la question de la mort, de sa propre mort.** Donc des **angoisses de mort qui concerne la réalité de la mort** (pas comme à l’adolescence). L’épreuve de sa propre mort c’est l’épreuve ultime après avoir fait face à tout un tas d’expérience de souffrance qui ponctuent et jalonne le développement de la vie.

Mais en même temps, paradoxalement, c’est à ce moment-là que le sujet commence à vivre, parfois. Il n’est pas rare de voir des personnes qui commencent à vivre quand elles se rendent compte qu’elles vont bientôt mourir (idem dans les occasions d’accident). **Quand on a risqué la mort, on se sent vivant**.

Pour se protéger de toutes ses angoisses, le sujet utilise différentes défenses :

* **Déni**,
* **Projection**,

Une défense particulière qui est à la fois une défense qui est due au vieillissement :

* **La régression**, deux formes :
	+ **Retour en arrière** : revenir à des formes d’expérience antérieure (la personne âgée retombe en enfance) retourner à un comportement infantile
	+ **Régression narcissique** : retour à l’intérieur de soi, se replier sur soi.

Cette régression va produire un **état de dépendance**, ceci va dans les deux sens. La dépendance se fait sous deux formes :

* **La dépendance physique**, due à la perte des capacités corporelles
* **La dépendance psychologique**, des faits de la désorganisation progressive de la pensée, du Moi, de ce que certains auteurs appellent **la psycholyse** (destruction de la pensée) qui peut conduire à la démence sénile (pathologie typique du vieillissement). L’une des formes de cette démence : Alzheimer.

Une des formes ultime de cette régression que l’on peut considérer comme l’expression d’une dépression majeure : **le syndrome de glissement** = régression comportementale, irréversible dans lequel le sujet s’installe et conduit progressivement à la mort (cesse de s’alimenter, qui entraine des complications somatiques, qui conduit à la mort).

A propos de **dépression**, il faut noter **le recours fréquent au suicide** quand il y a encore le moyen de réaliser un tel geste.

La dépendance physique et psychologique à différencier du point de vue de la détérioration éventuelle des fonctions intellectuelles et mentales, qui ne se détériorent pas toujours. Distinguer ces deux dépendances du point de vue du rapport au monde, du point de vue de la personnalité du sujet.

**La dépendance physique va accentuer la dépendance psychique**.

**La dépendance psychique à des degrés divers est toujours présente, à tout âge**.

**L’inverse de la dépendance, c’est** **l’autonomie** (pas l’indépendance, car c’est une illusion que l’on pourrait se passer de tout lien, tout attachement, illusion de toute puissance).

**L’autonomie c’est la capacité de gérer ses dépendances**. En grandissant, on devient autonome et on développe des fantasmes d’indépendance.

Le sujet âgé perd son autonomie physique, entre possiblement dans une dépendance psychologique et donc :

* Des sujets dépendant physiquement mais autonomes,
* Des sujets dépendant physiquement et non autonomes.

Si ces formes de dépendances nécessitent une présence physique d’une autre personne, une présence perçue, elles n’auront pas le même rapport à l’absence.

* **Le sujet dépendant physiquement mais autonome supportera l’absence** (comme un bébé qui pourra s’endormir sans la présence même du parent)
* **Le sujet dépendant et non autonome ne va pas tolérer l’absence**, va exiger une présence permanente, perçue (tout comme le bébé qui ne peut pas s’endormir seul)

L’entrée dans la dépendance quelle que soit sa forme, va produire un tas de remaniements psychiques. **C’est une crise** (comme l’autonomisation pour l’adolescent).

Dans cette crise, **l’entourage est d’une importance majeure**, **pour aider, soutenir, accompagner le sujet** dans son processus de vieillissement. D’abord l’entourage familial, professionnel, institutionnel.

Cette crise du vieillissement c’est aussi **une crise pour l’entourage** (la famille). Car ceux-ci vivent aussi un deuil dans la mesure où leur rapport à leur parent qui devient dépendant, changent, se transforment, et l’entourage perde le lien qu’ils avaient jusqu’à présent. Parfois **l’enfant de la personne âgée devient le parent**, devient responsable de son parent, le prendre en charge. Une telle expérience est douloureuse et difficile. Expérience critique. **Génère de la culpabilité**.

Nous vivons dans une **culture qui prône la jeunesse et la beauté** (spots publicitaires, même avec des personnes âgées, celles-ci doivent avoir quelque chose de particulier). **Peu de respect pour la vieillesse**.

Dans d’autres cultures, par exemple, les maisons de retraite n’existent pas. Quand un jeune couple se marient, ils prévoient une chambre pour les parents vieillissants, en Italie par exemple.

Parfois, on ne peut pas faire autrement, il y a besoin d’une institution particulièrement avec des maladies.

Ce rapport à la vieillesse et à la mort, explique en partie les postures que l’on rencontre parfois dans les institutions : **des postures désaffectivées** qui peuvent relever parfois de **maltraitance**: on infantilise le sujet, on ne l’écoute pas, on ne prend pas en compte son désir, pas d’attention à la douleur du fait d’être là dans un lieu que l’on a pas choisi (perte de la maison, des meubles, de son chez soi).

Maltraitance qui peut aller jusqu’à des sévices physiques. Ces difficultés observées peuvent s’expliquer par **la confrontation impuissante des soignants face à la mort**. **Chacun est renvoyé à sa propre mort**. L’activité quotidienne de ses praticiens de se développe dans la perspective de la mort (« la mort est le mode de vie de ce vivant »). Quand le travail est difficile à investir, il faut avoir été élevé par ses grands-parents par exemple pour avoir envie de travailler dans ce secteur, sinon on est très vite mal (cris, perte de raison, folie, mort).

Il est difficile de se représenter sa propre mort, **l’inconscient ne connait pas la mort**. Il s’opère un clivage utile, fonctionnel ente la reconnaissance de la mortalité, et une conviction que la mort n’est pas pour soi (méconnaissance pour soi-même). On ne peut pas vivre avec la connaissance de sa finitude.

**Face à la mort, nous sommes tous des psychotiques** : on nie la réalité de mort, la possibilité d’une perte définitivement de l’identité du Moi (de son existence), comment peut-on se représenter le monde sans que l’on y soit soi-même.

Utilisation de défenses pour supporte cette idée :

* **La religion** (avec la conviction que l’on va revivre dans le paradis) : **déni collectif de la réalité**

En même temps que cette peur, de ce déni de la réalité de la mort, on peut observer une **attraction par la mort, une idéalisation de la mort**. Idéalisation qui est une défense. La mort serait alors le repos éternel, **la solution ultime contre les souffrances**. Certains auteurs : la **figure maternelle de la mort, le retour à la terre mère**.

**L’idée de suicide contient cette théorie**, savoir qu’il y a toujours cette solution possible pour faire taire la douleur, qui fait que le sujet tient, résiste face à des épreuves de grandes souffrances. Equivaut aussi à une éventuelle maîtrise de sa vie et de sa mort.

Cette figure maternelle de la mort (idéalisation) explique le désir de mourir, mais explique aussi l’attente non anxieuse de la mort. C’est aussi cette idéalisation qui peut expliquer le recours à l’euthanasie (par le sujet ou ses proches). La mort peut être demandée et attendue sans anxiété.

L’image de la mort mobilise un certain nombre de défenses, dans l’entourage, mais aussi dans l’institution qui vont mettre en place des actes pour lutter contre les perturbations dus au vieillissement ou à sa rencontre :

* **Régression**,
* **Idéalisation**,
* **Clivage**.

S’il y a toutes ses perturbations, malgré tout cela, **la croissance psychique ne s’arrête jamais** (on n’arrête jamais de grandir psychiquement), on n’arrête jamais d’apprendre (le cerveau produit des neurones toujours, même si le rythme ralenti). Et plutôt de régresser on peut observer des sujets qui vont continuer de grandir et qui vont devenir enfin adulte, lorsqu’il s’agit de sujet qui n’ont jamais fait cette expérience.

Exemple des états limites. La sagesse des personnes âgées.

Toute sa vie on apprend par l’expérience (toute expérience apprend quelque chose). On peut toujours apprendre pour surmonter les épreuves de la vie, surmonter les turbulences jusqu’à sa mort.

Le dépassement des deuils est tributaire de la manière dont on a déjà dépasser ses deuils, des combats antérieurs. Mais il est **possible d’apprendre d’expérience nouvelles**. **Certains** ne le feront pas, **vont se défendre des expériences émotionnelles** (mais cela a déjà été fait auparavant), **d’autres vont continuer d’apprendre, de développer leur curiosité**. Certains ont donc **une vieillesse créative**. Pour avoir cette vieillesse-là, il faut **avoir une sécurité intérieure importante**, suppose **une continuité entre l’enfance et la personne âgée**. Garder le contact avec ce qui est en soi (l’enfant en soi doit rester vivant).

On peut aussi **poursuivre la réalisation de soi à travers ses enfants**, ses petits-enfants quand c’est possible, par notamment **le fait de transmettre, sans être envieux** (car risque d’attaquer, disqualifier), à condition que cette poursuite de la vie par procuration ne soit **pas une aliénation** (tracer leur avenir, réaliser ce que la parent n’a pas pu réaliser, pas bon)

Il y a des **transmissions objectales** : l’autre peut faire ce qu’il veut de sa vie.

Et la **transmissions narcissiques** : où l’autre n’a plus la liberté d’être maître de sa vie.

Si cette transmission est objectale, la vie se poursuit alors à travers l’autre, c’est comme cela que **la vie est éternelle**.

# Le handicap

Définition (plus large) : la classification internationale des handicap (80’s) :

* **les déficiences** (organes, fonctions alimentaires),
* **les incapacités**,
* **les désavantages** (conditions d’insertions sociales)

(2005 aspect plus social) : **une limitation d’activités ou de participations à la vie en société du fait d’altérations substantielles durables ou définitives d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives et physiques. Ou de troubles de santé invalidants**.

On parle alors de **sujet en situation de handicap** (et plus handicapé).

Situations objectives de **déficiences motrices, sensorielles, intellectuelles**. Si la plupart des situations sont évidentes, à partir de quand le sujet est-il handicapé, à partir de quand peut-on parler d’un handicap ? Est-ce que le handicap est déterminé du dehors, d’un regard objectif ou doit-on considérer le handicap vue du dedans (le sujet lui-même se considère-t-il comme en situation de handicap) ?

Exemple : un anorexique se voit-il comme handicapé ?

Jusqu’où doit-on tenir compte de l’éprouvé du sujet de lui-même ? et à partir de quand la stigmatisation permet de prendre en compte un handicap ?

La limite donnée au handicap est **une construction temporaire, à partir d’un regard personnel et d’une détermination sociale**.

Beaucoup de troubles sont passés de maladie à variante normale et vice-versa (exemple de l’homosexualité, l’alcoolisme, etc.).

La ligne de partage entre valide et handicapé est une construction sociale plus ou moins arbitraire, tout comme la ligne riche/normal/pauvre.

**Canguilhem** : il y a une infinie variété d’état de l’humain, avec des processus qui sont plus ou moins causes de souffrances, mais la maladie, le handicap, c’est d’abord un statut social arbitraire (en partie) qui se construit à l’entrecroisement de processus sociaux et individuels.

A partir du moment où se pense malade, handicapé, même là, être malade n’est rien d’autre que d’être pensé malade par quelqu’un qui a le pouvoir sur soi. exemple de l’expression : « je me suis mis en maladie ».

Un handicap même s’il est bien réel, il n’y a jamais un handicap en soi, comme toute déviance, normalité. Ce que rassemble toutes ses déviances, c’est qu’ils produisent un effet violent, sur l’entourage, la société dans l’ordre de la représentation, du symbolique.

La pathologie existe bien, mais si ces pathologies existent c’est parce que ces troubles font plus ou moins horreur à ceux qui pourraient en être affectés. Dire de quelqu’un qu’il est sourd, c’est surtout dire qu’il rend fou son entourage, sont suscitées des représentations folles qui font émerger des défenses pour rentrer ses pensées dans un placard.

Si on désigne le handicap chez l’autre, c’est parce qu’il mobilise en nous quelque chose qui pourrait nous mettre dans la même situation, et on pourrait garder l’humanité. Permet de pouvoir s’identifier à l’autre.

Si on analyse ce qu’on veut dire en désignant un handicap, on se met en garde de le faire abusivement.

Définition plus restreinte : **le handicap désigne une atteinte somatique invalidante, qui peut toucher la motricité, la sensorialité, le fonctionnement mental, et psychique**.

Pour le handicap psychique : contient l’idée qu’il y a toujours une origine somatique, biologique et que le handicap psychique est une idée qui n’est pas juste. Exemple : les débats pour faire admettre que l’autisme est un handicap en soutenant que l’origine était organique.

Dans les origines des handicaps, il y a différents facteurs :

* **toxiques**,
* **accidentels**,
* **développementaux** (malformations)
* **congénitaux** (malformations fœtales)
* **génétiques, chromosomiques**

IMC : infirmité motrice cérébrale.

Le champ du handicap concerne de nombreuses difficultés.

## Les soins dans le champ du handicap

Soins généralement adaptés au handicap :

* **rééducation**,
* **compensation**.

Le sujet a **besoin d’aide au niveau de la socialisation, l’ouverture au monde = inclusion**.

Cette inclusion est toujours difficile, **rarement réussis**. Difficile de mettre dans un groupe un enfant différent, de sorte qu’il est sa place parmi les autres.

Difficile de faire respecter le droit à l’indifférence. Beaucoup d’hypocrisie sociale car intégrer un enfant handicapé dans une classe, cela coûte bien moins cher.

Une approche psychologique. Pour intégrer le handicap dans leur expérience subjective, car cela affecte le sujet et son développement. (un handicap c’est quelque chose « en plus » avec lequel il faut vivre).

Quel que soit le handicap, tous ont droit à une aide psychologique.

## La rencontre avec le handicap

Notamment dans une famille avec **les parents qui découvrent le handicap chez leur enfant**. Ce n’est pas une question beaucoup étudiée, CICLA. *Handicap et violence*. En revanche l’inverse a été étudié, ce que le handicap des parents peuvent produire sur les enfants.

Première conséquence : **blessure narcissique**, la découverte d’un handicap produit une **désillusion, un effondrement** qui va nécessiter **l’équivalent d’un travail de deuil**. Ce n’est **cependant pas du deuil**, car il n’y a pas d’objet perdu, et le handicap est toujours présent au quotidien, et on ne put pas faire le deuil de quelque chose que l’on voit tout le temps **= déception originelle**. Toutes les difficultés qui seront rencontrées, seront rapportées au handicap.

Freud : l’enfant est porteur du narcissisme parentale, son but est de faire revivre ce narcissisme, il est censé prolonger la vie des parents. Donc il y a blessure quand l’enfant ne peut pas remplir ces critères.

**Contrat narcissique** (Aulagnier) : prolonger le narcissisme des parents, et reprendre à son propre compte ce qui fonde la famille (ancêtres) et en contrepartie, on reconnait le lien de l’autre. Le handicap provoque une rupture brutale du contrat narcissique. Rompu sans préavis. Et se retrouve dans une situation de dégénération.

**Tous les handicaps ne se valent pas,** il y a des écarts qui sont **socialement admis**, par exemple il est plus facile d’être reconnu socialement comme parents d’enfant trisomique que d’enfant psychotique.

Deuxième conséquence : **atteinte du sentiment d’humanité**. L’enfant se trouve dans une situations de telle étrangeté que son humanité même est remise en doute. Attaque aussi l’humanité parentale avec **des images de monstruosité** (comment était-il possible d’avoir mis au monde un tel monstre ?)

Troisième conséquence : **la sidération de la pensée** (exemple d’une femme qui rapporte que mettre au monde un enfant c’est comme rouler à 200km/h sur l’autoroute, et si handicap, on se prend un mur). C’est une manière de lutter contre les pensées interdites (désir que cet enfant ne vive pas, etc.).

**La sidération s’observe aussi dans la centration de toute la famille autour du handicap**, souhait de secourir. Du coup, tout est tourné vers l’enfant handicapé, tous les investissements.

**La sidération c’est aussi le télescopage entre fantasme et réalité**. Tout désir d’enfant est toujours un désir transgressif, c’est prendre la place de ses parents (tuer fantasmatiquement ses parents) donc l’enfant œdipien à l’intérieur de soi pense qu’il n’a pas droit à la parentalité (prendre la place des parents et les faire mourir) donc **sentiment de culpabilité et une peur d’être puni**. Dans beaucoup de rêves de femmes enceintes comprennent beaucoup de catastrophes.

En revanche, quand il y a vraiment un accident, l’enfant est handicapé, et donc télescopage.

C’est cela qui explique aussi les rêves prémonitoires : ils n’ont rien de prémonitoires, mais le fait de l’avoir fantasmer et d’en voir la réalisation.

Quatrième conséquence : **la culpabilité**. Post-traumatique éprouvée par les parents coupables **d’avoir donné la vie à cet enfant, d’avoir désiré sa mort,** d’avoir voulu l’abandonner, de ne pas avoir pu éviter le handicap. Cette culpabilité va se connecter à **d’autres culpabilités plus anciennes dont celle œdipienne** (« je n’y avait pas droit »). **Sentiment d’être mauvais et nul et d’être incapable de créer quelque chose de bon**.

Toutes ces culpabilités vont conduire le sujet à **construire des fantasmes de culpabilité** : fantasmes dans lesquels on est responsable de ce qui nous arrive. Même s’ils savent très bien qu’ils n’y sont pour rien (comme dans la trisomie) cela ne réduit pas ce sentiment de culpabilité (« qu’est-ce que j’ai pu faire pour que cela m’arrive à moi ? »). Donc recherche de nombreuses raisons sans rapport (« c’est parce que si, j’ai trompé, Dieu puni, etc.) pour expliquer cette catastrophe.

Ces constructions d’histoires ont plusieurs fonctions :

* **diminuer l’impact traumatique** (car être innocent dans ce qui arrive, c’est injuste et d’autant plus traumatique, alors que s’il y a responsabilité, plus facile à accepter)
* **pouvoir dire « je »**, partie prenante, je peux subjectiver l’expérience, redevenir maître de l’expérience que je subis passivement.

Toutes les conduites médicales logiques accentuent le caractère traumatique car **y être pour rien est plus scandaleux.** Pour autant ne pas dire aux parents que c’est de leur faute.

Avoir ce sentiment de culpabilité permet de petit à petit de faire la part de ce qui nous concerne et de ce qui nous concerne pas.

**Sentiment de honte** également. La honte de **la scène sexuelle à l’origine de cet enfant**, comme si cet enfant exhibait aux yeux du monde la mauvaise sexualité. Le handicap renvoie à **une scène primitive monstrueuse**. Souvent le couple finit par se séparer, ou alors ils se resserrent. Soit la sexualité s’arrête, soit au contraire, un autre enfant arrive très vite après pour aider à supporter celui qui est handicapé.

La rupture du lien de filiation. L’enfant est tellement en position d’altérité qu’il sont hors la généalogie.

Réveil du passé, rappel d’un ancêtre porteur d’un stigmate, et les parents vont alors développer un autre fantasme : **le fantasme de transmission** : ils vont développer des scénarios de ce dont est porteur l’enfant a été transmis, indépendamment d’une logique. Enfant reconnu comme étranger mais à la fois bien des nôtres. Rupture + suture.

Cinquième conséquence : **séparation psychique brutale** du fait que les parents se retrouvent dans un état **de prématurité psychologique**, comme si le parent devenait parent trop tôt. L’enfant affirme son altérité de façon absolue. **Symbiose secondaire** : le parent va tenter de reconstruire la symbiose de façon défensive de sorte d’éviter le développement. Une symbiose fermée. Le fantasme est de réintroduire l’enfant dans l’utérus familial pour qu’il se répare.

Dans ces symbioses, il y a aussi l’incestualité : des liens dans lesquels il y a l’horreur mais en même temps une jouissance (exemple : une des première questions que posent les parents : que va-t-il devenir quand il sera plus grand, comme le bébé allait rester un bébé pour toujours). Donc jouissance d’avoir un bébé collé à soi toute sa vie.

Tout ce passe comme si le fait que le parent est payé, il peut développer cet incestuel.

Richard III : puisque la nature m’a doté d’une telle difformité, je vais pouvoir jouir ce que les autres ne jouissent pas, toutes les transgressions.

Sixième conséquence : **les effets traumatiques sont aussi des défenses**, et comme position défensive, on peut observer une oscillation entre :

* **le maniaque** (faite d’illusion, de déni des émotions éprouvés face au handicap, avec des idéalisations comme un enfant envoyé de Dieu, un ange, un messager divin, avec aussi des réparations magiques) et
* **le mélancolique** faite de désillusions, ou illusions négatives, désinvestissement, disqualification des soignants renvoyant à leur propre disqualification.

Tous ces effets chez les parents se retrouvent dans la fratrie. **Culpabilité de ne pas être handicapé aussi**. Les parents vont d’ailleurs s’occuper plus de l’enfant en situation de handicap que les autres. Frère et sœur feront l’objet de **délégation parentale** (éviter les dépressions, etc.).

**Devenir le parent de son grand-frère ou sœur handicapé = culpabilité**. **Voudra réussir pour l’autre, pour consoler les parents**.

Positions maniaques et mélancoliques aussi chez les frères et sœurs. Et des vocations soignants dans les fratries.

Tous ces effets s’observent aussi dans les équipes soignantes. Mais cela permet de développer une créativité.

# Le corps dans la psychopathologie

Comment appréhender la **maladie somatique** ?

Plusieurs manières :

* comme **une voie d’évacuation des éprouvés émotionnels non traitables psychiquement**, donc se transforment en symptômes corporels
* **par le comportement**, l’agir, pathologie de l’agir
* **par le délire**, l’hallucination, le symptôme psychique

Peut s’appréhender comme **une réaction à un traumatisme**, en faire une maladie somatique, les psychosomaticiens disent que l’on peut réagir à un traumatisme **soit par la mentalisation, soit par la pensée, soit par la psycho somatisation**. Ex : une agression :

* + par la mentalisation, le sujet va penser pourquoi ça lui arrive à lui
	+ il va lui aussi réagir par le comportement en agressant
	+ aucune réaction sur le moment, mais une fois rentré chez lui, maladie somatique en réaction, par exemple, crise d’asthme.

Le symptôme somatique est une **scène** sur laquelle va se déployer le psychisme. La réalité psychique va transiter sur la scène de la réalité corporelle.

McDougall : *Le théâtre du corps*

Le symptôme est un mode de traitement de la conflictualité, ce n’est pas seulement la scène, il va y avoir **traitement de la conflictualité**. **Le symptôme corporel va circonscrire l’angoisse, va l’apaiser**. Comme pour les automutilations.

Certaines maladies somatiques diminuent parfois certains sentiments de mal être, de folie. Certains patients somatiques, quand ils sont malades physiquement, ils sentent mieux psychiquement.

L’inverse est aussi possible, le psychisme peut provoquer une maladie somatique.

Quand on parle de psychosomatique il faut **faire une distinction entre le fonctionnement psychosomatique et le fonctionnement hystérique**, où il y a aussi de la somatique.

Il y a cependant des zones communes entre les deux. On peut trouver chez Freud quand il parle de l’hystérie, il y a des termes qui pourraient être fondateurs de la somatique.

Dans l’hystérie le corps est un instrument alors que dans la psychosomatique, le corps est une victime.

Dans l’hystérie, l’organe est intègre, alors que dans la psychosomatique, la maladie est concrète.

L’hystérique parle avec son corps alors que dans la psychosomatique, le sujet souffre dans son corps.

Le symptôme hystérique a un sens, alors que dans la psychosomatique, le symptôme est bête.

Dans l’hystérie, il y a une richesse de la vie fantasmatique alors que dans la logique psychosomatique, il y a un fonctionnement opératoire, la vie fantasmatique est pauvre, le fonctionnement opératoire collé à la matérialité des évènements. Ce fonctionnement opératoire est l’effet d’une **dépression essentielle**, une dépression réduite à son essence même, c’est-à-dire la **baisse du tonus des instincts de vie**, ce qui fait que le sujet ne **s’intéresse qu’au factuel des choses**. Donc il a un comportement adapté mais seulement en surface, adapté de façon mécanique.

## Les limites entre hystérie et psychosomatique.

La nuance est légère.

Freud quand il décrit certains troubles hystériques, par exemple : la patiente a une vraie inflammation articulaire, mais les poussées inflammatoires ne se font pas n’importe quand, « c’est comme si la névrose s’empare de la maladie somatique et les logiques de la névrose vont venir influencer les mouvements psychiques. **Le psychisme va s’emparer de la réalité corporelle**. Pourquoi le sujet fait une conversion hystérique et pourquoi tel partie du corps ? » (Freud) : l’une des conditions, c’est qu’il y a une **complaisance somatique**.

**On peut comparer le fonctionnement somatique au fonctionnement psychotique**. (McDougall) : dans la pensée psychotique, il y a une inflation délirante de l’usage de la parole, du fantasme, de l’imaginaire qui se comporte de façon délirante. Et dans les états **psychosomatiques, c’est le corps qui se comporte de façon délirante**, soit **le corps sur-fonctionne** (va faire des maladies là où ce n’est pas nécessaire) soit **il va inhiber des fonctionnements normaux**, d’une manière insensée sur le plan physiologique.

Certains auteurs ont assimilé la somatique et l’autistique, au niveau de la sensation, comme si le sujet cherchait à s’agripper à des sensations que procure la maladie somatique.

## L’agir

Troubles du comportement, de la conduite, notamment la violence. Que masque la violence ? A-t-elle un sens ?

D’abord, **la violence** peut se comprendre comme **une quête de l’autre**, le sujet violent est un **sujet insecure**, a besoin d’être un gros dur puissant pour faire taire le petit enfant insécure qu’il est, écraser l’enfant dépendant en lui.

**Winnicott** : la tendance antisociale (article) : définit un ensemble de comportement qui va de la mauvaise conduite ordinaire des enfants qui va jusqu’à la criminalité. Cela s’explique par **la perte** qu’à subit le sujet enfant, **perte de quelque chose qui a été bon et qui lui a été retiré**. Cependant l’enfant **ne sait pas ce qu’il a perdu**. Cela fait vivre à l’enfant l’expérience du fait que **c’est lui qui aurait perdu, détruit l’objet**. L’objet n’aurait pas survécu à l’enfant. Cela conduit au **paradoxe de la destructivité**, donc le sujet va répéter la destruction pour faire l’expérience que l’autre ne va pas s’effondre et survivre. Espoir qu’enfin l’objet va survivre.

**Survivre = tolérer les nombreuses mises à l’épreuve**, les répétitions nécessaires pour acquérir la résistance de l’objet.

**Tolérer = ne pas laisser tomber**. Si l’objet se retire, s’effondre, ou exerce une rétorsion violente, alors il fait vivre à l’enfant qu’il a bien été détruit. Et cela pousse l’enfant à répéter la destruction. Si l’environnement résiste à la destructivité, alors accès au désespoir, derrière cette quête incessante de l’objet, espoir de retrouver l’objet entier, il y a un immense désespoir et par le maintien d’une relation violente, l’enfant se défend d’une expérience de désespoir, car **désespoir traumatique**. Un des enjeux de la répétition, c’est de réanimer l’objet (exemple : des enfants qui poussent à bout des parents, puis qui viennent s’assoir sur les genoux pour se faire consoler, mettre à bout pour avoir la consolation).

En même temps que cette quête, l’enfant **cherche aussi à soulager la culpabilité**. **Culpabilité du sentiment d’avoir détruit l’objet** (« c’est de ma faute si son amour pour moi est détruit »). Les parents des enfants provocateurs disent toujours que l’enfant « cherche » sa fessée, pour soulager le sentiment inconscient de culpabilité. Assimilable à une conduite masochisme.

**Freud et Klein** : Criminel par sentiment de culpabilité. Le criminel ne se sent pas coupable parce qu’il a commis un crime, il commet un crime parce qu’il se sent coupable. Il donne une forme à ce sentiment inconscient de culpabilité. L’expérience de perte va confirmer le sentiment de culpabilité d’avoir détruit l’objet (= cercle vicieux).

**Ce besoin de punition et quête de l’objet**, sont infiltrés par la jouissance qui provient du **sentiment de triomphe**, triomphe sur l’autre.

Les parents s’étonnent souvent de voir leur enfant provocateur accepter les punitions, mais il n’éprouve **aucune honte**, et recommence car **être au centre de l’attention prime sur la punition**. L’enfant se venge devant le désarroi de l’autre, du fait de la tyrannie qu’il impose.

Exemple : un lien tyrannique entre un enfant et son prof de violon. L’enfant fait exprès de faire des fausses notes, donc le prof le réprimande, etc. le prof se met en colère, etc. et finalement, le prof le jette par la fenêtre, et alors l’enfant se réjouie de savoir que son prof ira en prison pour ça.

**La violence** est aussi une **façon de résister à l’héritage** qu’impose l’entourage, l’environnement le parent. Cet héritage est constitué par les besoins infantiles des parents qui n’ont pas été suffisamment reconnus et pris en compte et qui vont infiltrer le lien à l’enfant. **L’enfant aura pour mission de réparer le narcissisme parental**.

Cependant l’enfant ne pourra pas répondre à cette mission réparatrice, et plus le parent sera en réponse à ses fantasmes à lui, plus il poussera son enfant à se rebeller. Et le parent ne pourra pas mettre des limites, ou mettra des limites cruelles tellement il en veut à cet enfant, et ne pourra contenir la violence de l’enfant. **Un enfant provocateur, perturbateur c’est un enfant qui lutte contre l’héritage**, qui refuse cette place de gardien du narcissisme parental.

Mais l’enfant va aussi **hériter des fantasmes construits par les parents**. Fantasmes qui seront transmis et pour lesquels ils indiqueront à l’enfant quelle place il doit tenir dans le scénario fantasmatique. Ex : l’enfant doit occuper la place d’un parent du parent qui a été mauvais, persécuteur, rejetant, qui fait que lorsque le parent va voir son enfant s’opposer, la moindre intolérance à la frustration de l’enfant, va faire vivre au parent l’expérience d’avoir été rejeté par son propre parent (« quand je vois ma fille me parler comme ça, j’entends ma mère). L’imago parental du parent projeté sur l’enfant et inconsciemment le parent va demander à l’enfant d’occuper cette place-là. En même temps que **le symptôme, l’agitation, la violence, la provocation est une manière de refuser l’héritage** (« je ne suis pas là pour t’empêcher de déprimer, ou pour être ton parent »), **en même temps c’est une façon pour l’enfant de s’inscrire dans le scénario fantasmatique**, d’accepter, de prendre une place dans le scénario fantasmatique, place désignée, induite par le parent (peut se dire pour pleins d’autres troubles).

On peut facilement observer les transmissions par les interactions parents/enfant. Exemple : la manière dont un parent se plaint d’un trouble de son enfant, mais en même temps va induire ce dont il se plaint. Un jeune enfant perturbateur, provocateur, qui ne supporte pas la frustration, qui frappe dès qu’on lui dit non (3 ans). Lors d’une consultation avec la mère, etc. Cf exemple déjà donné. Ceci pour des raisons fantasmatiques, l’enfant doit occuper cette place-là.

Ces **symptômes** peuvent se comprendre comme **le témoin d’une transmission**, de comment l’enfant se débat de ce qui lui a été transmis. Tous ces troubles vont s’inscrire dans un contexte de **défaillance de la limite** (ce sont des enfants qui ne respectent pas les limites de loi, de la règle). Le problème, c’est que l’enfant ne peut pas se retenir, idem avec les limites de l’identité. Insécurité intérieure, comme s’il n’avait pas d’enveloppe pour délimiter, comme s’il n’avait pas intériorisé le holding. **N’a pas intériorisé la bi-parentalité psychique**.

**Ce qui a manqué chez le sujet, c’est la parole, une parole authentique**.

**Meltzer** : lorsque le bébé vient au monde il est violemment attiré par l’objet, la beauté du monde, celle du visage maternel. Ce qui peut amortir cette attraction c’est la parole. Les corps à corps chez les enfants violents, ce ne sont pas seulement des attaques pour détruire le corps de l’autre, **c’est aussi parce qu’il est violemment attiré par l’autre** qui n’a pas été amortit en son temps par la communication, **la parole = une autre façon de parler de la quête.** Tout le travail de contenance de l’environnement pour fabriquer la limite et l’intérioriser. Parce que techniquement cela doit se faire tout de suite, dès l’âge bébé.

**Haag** : la genèse de la violence. Dès la première année de la vie, dès la motricité de l’enfant il faut **trois actions de la part de l’environnement pour que l’enfant intègre la violence** :

* **imposer la limite de la peau** (les empêcher de tirer les cheveux, griffer). Explorer il peut mais pas trop.
* **activité de transformation**. Transformer une attaque en une caresse.
* **Théâtralisation**. La mise en scène, en drame, en jeu. Autrement tous les jeux faits avec les bébés. On peut jouer au lion qui dévore de le bébé, ok. Manger vraiment le bébé, pas ok.

**Donc ces enfants violents auraient manqués de tous ces jeux**, **ces contenances et ces transformations**.

Pour intégrer la limite il faut **une autorité**. **Une attitude ferme sans cruauté**. Il faut de la **compréhension et de la fermeté.** Si que compréhension, trop mou, que la fermeté, trop dur.

Cet alliage réconfortera l’enfant. Dire non tout en aimant.

L’amour est inconditionnel. Il faut en faire l’expérience. Même si l’enfant fait des bêtises, il doit savoir qu’il est tout de même aimé.

Dans les situations de défaillances très graves, carencées, maltraitantes, sans jamais être consolé, alors **la violence est une mesure de survie**. L’agitation et l’attaque sont **des défenses** pour la survie. Perdre la conscience des émotions, de la douleur. Certains enfants peuvent se frapper fort sans ressentir de douleur. On peut voir chez des jeunes bébés, des automutilations, des comportements et attitudes violentes et destructrices.

Dans ces contextes, **la violence est un effet de dissociation**. Crise de rage violente. Car envahit d’éléments quasi hallucinatoires. Un moindre évènement actuel en rapport avec un évènement connu, va réanimer le souvenir douloureux, donc violence. Lors d’une crise de rage sans raison connue, c’est que l’enfant a perçu quelque chose qui lui a rappelé un évènement traumatique.

**Des zones de psychose symbiotique** : la crise de **violence destructrice ne se manifestera que dans le lien intime**, symbiotique. Tous les autres ne le verront pas. Parfois l’adulte qui raconte ce qui se passe avec l’enfant, ne sera pas cru. C’est uniquement avec les adultes dont l’enfant se sent proche, avec un lien affectif, symbiotique, que ce manifestent les crises. Comme si se répétaient les modes de relation primaires, symbiotiques, privilégiés étaient distendus.

Ces violences sont difficiles à supporter pour l’entourage. Car à chaque fois que l’enfant est aidé, il se mettra en échec. Il attaque et détruit chaque aide. Donc on finit par ne plus vouloir s’en occuper.

Difficile aussi car ce ne sont pas des comportements inadaptés, inadaptés au vue de l’extérieur, mais au vue des expériences vécues par l’enfant, c’est adapté. A connu des parents qui menacent sans cesse, d’être abandonné, frappé, incesté, etc. mesure de survie.

Le problème c’est qu’à l’école on propose des expériences qui excitent l’enfant, le groupe par exemple, mais en même temps on demande à l’enfant de ne pas bouger. Alors que pour l’enfant la survie, c’est bouger.

Donc la violence est une issue dans toutes les situations. Quand la destructivité intérieure n’a pas été transformé, l’enfant met la confusion au dehors, est une façon de se débarrasser de cette confusion, une façon de trouver une issue au débordement émotionnel. **L’enfant va chercher la contenance par la violence**. Pas seulement pour détruire, il cherche la contenance. Exemple d’un ado interné qui disait à son infirmier, « tiens moi et surtout ne me lâche pas » avant la crise, et pendant la crise, il l’insultait, le frappait. Disait aussi « mets-toi loin parce que j’ai peur de te taper », « ou laisse-moi te taper une fois, comme ça après je n’aurai plus envie ». Du coup le soignant lui dit qu’il ne pouvait pas le taper, en revanche, il pouvait **taper sur sa main (celle du soignant), et ce serait comme un contrat pour ne pas se taper = transformer une attaque destructrice en contrat.**

La violence est une issue, c’est une façon de communiquer, pas seulement pour détruire, même cela détruit. Difficile de garder le contact avec ce genre de patient.

**Ce qui déclenche la violence sont des blessures narcissiques**. Les angoisses persécutrices déclenchent la violence, la jalousie, la rivalité. Ils ne supportent pas de partager. **L’envie destructrice = impulsion prédatrice : s’emparer ce dont l’autre jouie alors que lui-même en a été privé**.