Psychologie Clinique

La Psychologie Clinique est la science qui s’intéresse au patient dans sa démarche, sa souffrance et son épanouissement. C’est une **psychologie relationnelle**. Nous étudierons en partie la **psychopathologie psychanalytique**. Les thérapies humanistes considèrent que les ressources sont à l’intérieur du patient, que l’on aide à développer pour que le patient s’épanouisse. L’hypnose en est une. Ci-dessous quelques références **d’œuvres cinématographiques** traitant de certaines psychoses, étudiées lors de ce cours.

Schizophrénies ;

* Un homme d’exception
* Fight Club
* Magic
* L’œil de Caïrn
* Buzz (Buds ?)
* Split (multi personnalité)
* Shutter Island

Paranoïa :

* Anna M.
* A la folie, pas du tout
* L’enfer de Chabrol

Hystérie :

* Augustine
* 37,2 le matin (traite également de théatralisme)

Névrose obsessionnelle :

* Pour le pire et le meilleur
* Un cœur en hiver

Introduction à la Psychopathologie

*Guy Gimenez*

Etymologie : Psycho → Psyché, mental / Patho → Maladie

Définition : Approche et étude des maladies mentales et de la souffrance psychique.

La psychopathologie possède deux niveaux :

**Niveau visible :** Niveau des signes (que l’on repère), des **SYMPTÔMES.** On parle de SEMIOLOGIE.

*Exemples* : Névrose obsessionnelle, quelqu’un qui reviendrait plusieurs fois vérifier qu’il a bien fermé sa porte à clef (vérification obsessionnelle).

Les symptômes se regroupent entre eux dans le **SYNDRÔME :** groupe de symptômes qui vont ensemble (exemple : Trouble Obsessionnel Compulsif) qui font du sens.

**Niveau invisible :** Ce qu’étudie la PSYCHOPATHOLOGIE. Comment et pourquoi ça fonctionne ça ?

Quant à la **Psychopathologie Psychanalytique :**

La PSYCHANALYSE est une méthode d’investigation et une théorie thérapeutique. Une méthode car elle permet d’accéder au contenu de l’inconscient ; une théorie qui rend compte du fonctionnement psychique, et thérapeutique car elle est spécifique de certains troubles, en particulier l’**hysétrie,** dans le but d’apaiser de la souffrance psychique (notamment par la méthode cathartique)**.**

La théorie est un système de traduction de ce que nous observons. Elle donne des explications ou des théories explicatives à des comportements mais aussi à des souffrances et des maladies. Elle appartient au champ de la **psychologie clinique.**

**Comment est née la Psychanalyse ?**

Freud a 5 ans quand il s’installe à Vienne avec ses parents. Il devient plus tard médecin : les médecins sont à l’époque matérialistes et positivistes, c’est-à-dire qu’ils considèrent que les causes des maladies se trouvent dans le corps. Cependant, une catégorie de patients mettaient en échec les médecins : les **nerveux.** Ils se plaignaient de douleurs de partout sans « raison détéctable ». Les médecins en ont conclu qu’ils simulaient.

Freud les observe alors et développe une méthode d’écoute **sans jugement et sans tri,** notamment pour prendre en charge les **hystériques,** car l’hystérie est un état de **très grande suggestibilité.**  
 Charcot, maître de Freud, savait qu’il fallait suivre très précisément les patients, et pensait que l’hystétrie naissait du trauma. Bernstein, hypnothérapeute, avait compris que les hystériques savent à leur insu quelque chose à l’origine de leurs troubles. Sa réponse à comment entrer en contact : l’HYPNOSE**,** pour que le contact avec le trauma élimine le trouble. Toutes les hystériques sous hypnose parlaient d’abus par le père. Freud découvre alors la méthode cathartique.

Exemple : une expérience traumatique crée une charge émotionnelle forte chez le patient. La patient va voir le thérapeute (disons Freud ou Charcot), qui reconnecte le patient au trauma sous hypnose → ABREACTION (il revit ce qu’il a vécu pendant le trauma, par ex un étranglement, une agression), ce qui permet de décharger → CATHARSIS (purge, détente, décharge).

On a donc :

RECONNEXION AU TRAUMA → ABREACTION → CATHARSIS

Freud s’aperçoit qu’il ne peut pas mettre tout le monde sous hypnose, et que cela ne marchait que sur les hystériques. C’était une hypnose qui se voulait autoritaire (paroles fermes, autoritaires, ordres, voix forte). Il retient que ce qui était efficace dans la méthode était surtout la catharsis. Il a donc gardé la **méthode cathartique,** mais s’est débarassé de l’hypnose. Il trouve alors une nouvelle méthode pour connecter les patients au trauma. C’est ainsi que la psychanalyse est née.

Freud découvre que la verbalisation est thérapeutique pour autant qu’elle se passe dans certaines conditions.

1ère condition : être écouté par quelqu’un qui ne juge pas et ne trie pas.

2ème condition : Association libre (est une méthode pour parler) → on explique au patient la **règle fondamentale** de la psychanalyse qu’est l’association libre : « Je vous invite à laisser venirs vos pensées, émotions, sentiments, sensations […], et à les traduire en mots » : **2 TEMPS.**

On apprend au patient à lâcher prise, à se détendre. Tout ce qui passe dans l’esprit doit être dit, et ça crée un mécanisme (« Ca me fait penser à ceci. » « Et à quoi ceci vous fait penser ? » « Ceci me fait penser à ça » « Et à quoi ça vous fait penser ? » etc…)

La libre association remplace alors la méthode hypnotique. Freud remarque que les patients ont du mal à parler de tout : il y a existence d’une **censure.** Cette censure diminue pendant la nuit : il pense que les réponses sont là. Il écoute les rêves de ses patients, les analyse, et analyse les siens. Les hystériques qu’il psychanalyse rêvent souvent de désir pour leur parent de sexe opposé. Il y a création d’un fantasme, dont est issu le traumatisme**: le traumatisme n’est pas vécu dans la réalité.** La psychanalyse travaille donc sur les faits psychiques.

Freud découvre alors qu’il y a **2 niveaux** de rêve :

RÊVE MANIFESTE : rêve conscient, dont on se rappelle (les petits scénarios, bulles, cases…)

RÊVE LATENT : Contenu qui essaye de s’exprimer dans le premier rêve. On associe librement chaque scénario du rêve manifeste. C’est ainsi qu’on se rapproche du contenu latent, et qu’on analyse les rêves.

La méthode latent-manifeste aide alors Freud à comprendre la plupart des névroses.

Cependant, on ne peut faire une analyse de ses rêves que si l’on s’adresse à quelqu’un (on parle de TRANSFERT), et Freud avait recours cette méthode. Cependant la dimension sexuelle le gêne : dans beaucoup de pathologies, on retrouve cette dimension sexuelle. Par exemple les hystériques vivent des scènes de séduction imaginaires.

La psychanalyse devient un outil pour analyser les fantasmes : elle traite de faits psychiques, dépourvus de tout support matériel

Tous les patients de Freud ont une particularité : ils parlent de comment ils ont géré leurs premières relations, c’est-à-dire comment ils ont géré leurs relations avec leurs parents.

Complexe d’Œdipe : (Entre 3 et 6 ans environ)

Le **sujet** (fonction Bébé) et **l’objet** (fonction Mère), bien qu’étant deux entités distinctes, sont réunis dans une enveloppe : ils forment une relation **fusionnelle,** relation qui a été construite pendant la grossesse. (**FUSION** : 1 + 1 = 1). La sortie physique du bébé n’implique pas de sortie psychique. Cependant, la séparation est nécessaire pour devenir adulte, mature, et sortir des relations fusionnelles. Il y a donc nécessité d’un tiers, d’un séparateur. On dit que l’on passe alors de la **FUSION** à la **TRIANGULATION** (1 + 1 = 3)

**L’interdit** **m’**empêche d’être fusionnel avec **l’autre**. C’est la résolution du complexe d’Œdipe qui amène à la **triangulation**. Dans le cas des relations monoparentelles, **l’interdit** existe toujours , car il existe deux interdits universels : on ne couche pas avec un membre de sa famille, et on ne mange pas de chaire humaine.

Approfondissement des notions de base en psychanalyse

*Thomas Lepoutre*

Freud peut être contraint à un « procès scientifique », c’est un discours toujours d’actualité. Il est cependant recommandé de se renseigner avant de se faire son idée.

La psychanalyse est :

→ Le nom d’un procédé d’investigation des processus psychiques qui autrement sont à peine accessibles.  
 → En plus d’être une méthode d’investigation, c’est aussi une méthode de traitement des troubles névrotiques. C’est donc une méthode thérapeutique. Elle suppose donc une **technique**.

→ La psychanalyse est également le nom d’une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui fusionnent progressivement en une discipline scientifique nouvelle.

La psychanalyse est une discipline autonome, ou non, vis à vis de la psychologie.

*Voir “ Psychanalyse et théorie de la libido “ → sert de guide aux connaissances nécessaires à la psychanalyse.*  
  
Point de vue de Freud :

La psychanalyse se distingue au niveau technique par **l’abandon** **historique** de l’hypnose. La psychanalyse émerge en effet des pratiques de l’hypnose, dont on a retenu la méthode cathartique par le recours à la libre association, par l’idée d’interprétation symbolique des formations de l’inconscient. La psychanalyse comme investigation de l’inconscient se donne en effet pour règle fondamentale d’une part le recours à la libre association et d’autre part le recours à l’interprétation symbolique des formations de l’inconscient (rêves, lapsus, actes manqués).

La psychanalyse se démarque au niveau thérapeutique par la reconnaissance de la **signification** **étiologique** (étude des causes des maladies mentales) de la **vie** **sexuelle**. L’importance accordée au fantasme, à la sexualité infantile, l’ambition d’en lever le refoulement, prend son pivot technique essentiel dans le transfert.

La psychanalyse, en tant que discipline dissidente de la psychologie académique, se trouve intégralement réglée par l’hypothèse de l’inconscient qui en fait une **psychologie des profondeurs** en opposition à la psychologie académique vue comme une psychologie de surface (aux yeux de Freud), voire une psychologie superficielle. Elle cherche la racine des phénomènes psychiques.

**Ferenczi :** “*La psychologie scientifique est exacte, mais elle ne nous apprend rien. Alors que la psychanalyse est inexacte, mais nous apprend des choses insoupçonnées.”*

La meilleure façon d’entrer dans la pertinence ou non de la psychanalyse est de s’attacher à sa **genèse** et à son **développement**, car c’est un reparcourant le cheminement de Freud lui même qu’on se rend le mieux à la nécessité de ses découvertes.

D’où Freud est-il parti ? Quels problèmes a-t’il rencontré pour devoir inventer la psychanalyse ? La psychanalyse est indissociable d’une pratique précise qui est celle de **l’hypnotisme** et d’un terrain clinique d’origine qui est celui de la clinique de l’hystérie. L’hystérie est l’héroïne originaire de la psychanalyse. En effet, l’hystérie est une pathologie mentale, une structure psychopathologique ayant des caractéristiques cliniques propres à manifester un certain nombre d’enjeux inconscients, sous-jacents dans la vie psychique. Parmi ces caractéristiques, on retient :

- L’hystérie est une pathologie ayant des **propriétés neuromimétiques**, i.e. une aptitude à **simuler** une **symptomatologie** **neurologique**. Les hystériques étaient en mesure de **produire** **artificiellement** des paralysies, des anesthésies, des astasies, des cécités psychiques, des hémiplégies, des paraplégies alors qu’aucune cause neurologique ne peut expliquer la survenue de tels symptomes. Aujourd’hui les hystériques sont hospitalisés en psychiatrie, plus en neurologie. Ces propriétés tendent à montrer à la neurologie le poid des facteurs psychiques dans la production des symptomes, attesté entre autres par le fait qu’une suggestion hypnotique peut produire à volonté la symptomatologie en question.  
**Charcot** a pu montrer que sous suggestion hypnotique, tous les tableaux hystériques pouvaient être suggérés → le symptome hystérique est intégralement conditionné par un processus psychique, puisqu’on peut le produire artificiellement.

- L’hystérie a une inclination au théatralisme, qui est un signe sémiologique qui consiste à manifester avec **éxagération** une émotion, un ressenti, une éxagération telle que le ressenti en devient à l’occasion presque comique. On parle **d’hypermimétie** (traits surexpressifs). Le théatralisme de l’hystérie, qui présente très régulièrement des épisodes aigüs de crises émotionnelles met Freud sur la voie d’un traumatisme originaire pouvant expliquer la survenue de chaque symptome hystérique. Telle est la première découverte de Freud. Cette symptomatologie protéiforme, variable, changeante, ressemblant à la neurologie, peut s’expliquer par la survenue d’un traumatisme dans l’histoire du sujet, dont le symptome est comme un symbole mnésique. Le symptome hystérique est un **symbole** d’un **traumatisme** **passé**. L’important est de montrer qu’en essayant de retrouver le traumatisme originaire, en amenant le patient à exprimer verbalement le traumatisme à l’origine, le symptome disparaît. Il apparaît pour Freud que tous les symptomes pour lesquels la psychanalyse peut quelque chose apparaissent comme des restes, comme des précipités d’expériences passées, chargés émotionnellement qu’on appelle communément des **traumatismes** **psychiques**.

**Les symptomes ont un sens qui doit être retrouvé et ce sens est en lien avec l’histoire du sujet.**

Cette conséquence explique pourquoi toute la pratique avec un patient prend toujours la direction d’une recherche historique, d’une recherche anamnéstique. Une anamnèse est **l’histoire** d’une maladie, **l’histoire** des troubles ayant constitué une maladie. La psychanalyse commencera à s’intéresser toujours à l’anamnèse du sujet, pour autant qu’on soupçonne toujours cette histoire d’être explicative des symptomes.

Tout cela constitue les principes directeurs, les schémas explicatifs, organisant toute la préhistoire de la technique psychanalytique selon une période appelée la **période cathartique**.

Méthode cathartique : Il s’agissait de retrouver sous hypnose le traumatimse originaire à la base de nos symptomes. Tout ceci est l’objet d’un livre fondamental de Freud : *Les études sur l’hystérie,* qui culmine dans l’idée.

*«  Les hystériques souffrent de réminiscence. »*

(*Réminiscence* : souvenir confus d’un point de vue sensoriel, etc, qui traverse brutalement quelqu’un.)

→ Cela ne veut pas dire que les hystériques souffrent de souvenirs qui reviennent et les hantent sans cesse ; mais que les **symptomes** des hystériques sont des **réminiscences** que les hystériques **ignorent**. Le symptome hystérique est en lien avec un traumatisme, la particularité étant que le sujet n’a pas à sa disposition le souvenir en question ; il ne fait pas le lien entre son symptome et le traumatisme originaire, lequel n’est pas à la disposition du sujet. Pour la psychanalyse, un symptome vient **à la place** d’un souvenir. C’est lorsque le souvenir fait défaut que le symptome apparaît. Il existe aussi une amnésie là où il existe un symptome : le symptome représente lui-même, sur un mode symbolique, le **souvenir** **oublié**, **refoulé**. Le symptome est le retour symbolique d’un souvenir refoulé. L’inconscient, c’est ni plus ni moins que le chapitre de l’histoire du patient déchiré, oublié, marqué d’un blanc et dont le symptome est la trace. Cette conception est **toujours** **valable** **aujourd’hui**.

Une **hypothèse** **importante** de Freud de l’époque cathartique, abandonnée par la suite : La théorie de la séduction (active dans les premiers écrits de Freud, jusqu’à 1897). Cette théorie considérait qu’à la base des symptomes, on trouvait toujours un traumatisme de nature sexuelle (dans le cadre d’une mésaventure pédophile i.e. vécue dans l’enfance), qui pouvait expliquer par la suite la genèse des symptomes. Cette hypothèse n’a pas été prouvée, et a été abandonnée en se rendant compte que ces traumatismes sexuels vécus dans l’enfance et rapportés si souvent par des patients n’étaient en fait pas des traumatismes vécus, mais éventuellement et assez souvent des traumatismes imaginés (traumatismes psychiques). Les scènes sexuelles dans l’enfance pouvant faire traumatisme sont souvent liées à un vécu fantasmatique de la part de l’enfant → c’étaient des scènes fantasmées (Freud ne reniait pas non plus les réels traumatismes sexuels liés à la pédophilie !). Freud découvre là la puissance du fantasme, l’efficacité pathogène du fantasme. Les fantasmes sont susceptibles de causer des symptomes névrotiques.

Pathogène (pathos = souffrance, gène = naissance) : élément susceptible de causer un symptome.   
  
 La découverte de la psychanalyse, c’est que notre mémoire est falsifiée par nos fantasmes. Les événements que l’on pense avoir vécu ne se sont inscrits qu’en vertu des représentations qu’on s’en est fait. Or, ce qui est traumatisant, ça n’est pas ce qu’il s’est passé dans notre vie, mais ce qu’on s’est représenté qu’il s’est passé. C’est le sens d’un événement qui est traumatisant, et non pas l’événement lui-même. Cela invite à prendre en compte l’élément de subjectivité. Une preuve est que tout le monde n’est pas traumatisé de la même manière d’un événement. C’est la représentation que l’on se fait d’un traumatisme qui crée le symptome.  
 En psychanalyse, en psychopathologie, ce n’est jamais la réalité matérielle de ce qu’il s’est passé qui est importante, mais la réalité psychique, i.e. ce qui dans la subjectivité, dans l’histoire individuelle de quelqu’un prend pour le sujet concerné la valeur de réalité, réalité démontrée ou non.

Exemple : « *Je n’ai jamais été reconnu par mon père ; mon père n’a jamais compris ce que je voulais faire de ma vie. »* Il est parfaitement vain, inutile psychologiquement d’essayer de donner au sujet des gages pour le convaincre du contraire, c’est-à-dire lui dire « ah mais si, il a été là à tel instant » ou autre chose similaire. La seule chose qui rentre en compte, c’est la réalité du sujet : « *je n’ai jamais été reconnu par mon père*. »

La réalité psychique des fantasmes suffit à produire des effets pathogènes. On peut se poser une question, non pertinente pour un psychanalyste, lors de cas cliniques : « Est-ce vrai ? ». Cette question n’a aucune importance. Ce qui compte, c’est la manière dont le sujet nous le dit.

La réalité psychique pèse bien plus lourd que la réalité matérielle. (Valable uniquement dans la psychopathologie des névroses… Bien que l’on puisse considérer que l’on est tous névrosés !)

Le symptome est ce qui conserve, réalise, le devoir de mémoire à notre insu. Il y a une mémoire du symptome pour le psychanalyste. Le symptome dit toujours quelque chose de l’histoire d’un sujet. Un symptome est toujours un morceau de vérité subjective, historique, c’est pourquoi les psychanalystes ne s’empressent pas à dire qu’il faut supprimer le symptome.

L’analyse des enjeux liée à la période cathartique (donc marquée par la publication *Les études de l’hystérie*) nous a appris que le symptome a un sens, et que le dévoilement du sens produit la levée des symptomes. Les symptomes doivent se déchiffrer comme une réminiscence, un symbole mnésique d’un souvenir insu, refoulé.

Si Freud a commencé à recourir à l’hypnose pour retrouver les traumatismes passés, il en vient, autour des années 1897-1898 à abandonner l’hypnose en vertu d’une double limite. D’abord :

- Une limite d’applicabilité technique : tous les patients ne se laissent pas hypnotiser. Cette technique là, par son acceptabilité, n’est peut-être pas la meilleure.

- Une variabilité des résultats produits, dont Freud reconnaît qu’ils ne sont pas durables. La résolution des symptomes est éphémère et beaucoup trop dépendante de la relation au thérapeute. La suggestion post-hypnotique n’améliore pas durablement le symptome.

Cette double limite l’invite à recourir à une méthode alternative qui va devenir le principe fondamental de toute psychothérapie psychanalytique par la suite, qui est la méthode de l’association libre.

Méthode de l’association libre :

Freud invite les malades à se laisser aller lorsqu’ils communiquent. Il les invite à dire tout ce qui leur passe par la tête, même s’ils estiment que c’est dénué d’importance, de sens, ou que ça n’a aucun rapport avec le sujet. C’est avec une particulière insistante qu’on réclame des patients de n’exclure de leur communication aucune pensée, aucune idée incidente pour la raison que cette communication serait pour eux honteuse, ou bien pénible. Il n’y a aucune idée, aussi anecdotique soit elle, qui ne concerne pas ce que l’on recherche → tout ce qui est dit en présence du thérapeute a un rapport avec ce que l’on cherche. Freud découvre en effet que les idées incidentes (idées qui nous tombent à l’esprit sans que l’on sache comment elles nous viennent), aussi arbitraires paraissent-elles dans leur enchaînement, lorsqu’elles ne sont pas censurées, ont toujours un rapport avec ce que l’on cherche. Ce qui induit la règle fondamentale de la psychanalyse :

Tout dire

On oublie donc le « ça n’a aucun rapport mais ça me fait penser à ». Dans la psychanalyse, il y a **toujours** un **rapport**, mais ce rapport peut-être **caché**. Une pensée ne tombe pas **arbitrairement** dans un esprit, son arrivée est **déterminée**. Ces idées pour lesquelles nous maquillons le rapport sont justement les plus précieuses, les plus déterminantes dans l’enquête analytique.

Conséquence technique : il est fortement conseillé d’ouvrir grand les oreilles lorsqu’un patient dirait « ça n’a sûrement aucun rapport », « c’est anecdotique »… Le sujet tend à refouler la vérité, son traumatisme, ses fantasmes ; il tend donc à ne pas dire la vérité. Les sujets ont très régulièrement le sentiment de connaître le vrai sur leur histoire (« je souffre de … et je pense que c’est en rapport avec … »). C’est **très** **souvent** une **histoire** **trompeuse**, car c’est **l’histoire consciente** du sujet. Nous savons par la psychanalyse que le caractère pathogène d’un fantasme ou d’un souvenir n’est acquis qu’à l’aide de son caractère inconscient.

Freud nous dit, pour retrouver les souvenirs oubliés, que c’est en recueillant à la surface tous les indices d’idées incidentes, toutes les petites idées qui nous paraissent superficielles, anecdotiques, trompeuses, désagréables, mensongères, que l’on peut **retrouver** **la vérité**. Le fil conscient des idées n’est jamais celui qui mène à la vérité. En réalité, les idées spontanées, les associations libres (libres de toutes contraintes conscientes) renvoient toujours à un sens et à un rapport caché. Si le psychologue cesse de suivre le fil conscient de ces idées, alors il peut découvrir au cœur de leur enchaînement un **réseau** **associatif** faisant allusion à un thème défini mais inconscient.

Freud fait l’hypothèse :

- D’une part qu’un déterminisme psychique existe aussi dans la vie psychologique de chacun d’entre nous, qui fait qu’on peut toujours poser la question « pourquoi est-ce cette idée qui a surgi, et pas une autre ? ». Freud **étend le principe du déterminisme**, qui règne dans la vie matériel, **à la vie psychique**. Il n’y a **pas d’arbitraire** dans la vie psychique. Du coup, les idées spontanées, les associations libres ne sont pas si libres que ça (→ paradoxe), elles sont au contraire rigoureusement déterminées.

- Il faut considérer qu’une association spontanée est le **substitut** **du traumatisme refoulé** que l’on cherche. L’idée spontanée, fortuite, apparaît toujours dans la **conscience** comme le substitut du refoulé que l’on cherche. Car cette association est le **substitut déformé de la vérité**, de l’événement, du traumatisme, du fantasme refoulé, et il convient de **l’intérpréter**. C’est pourquoi toutes les idées qui viennent au patient sont dans une relation interne avec celui-ci. C’est pourquoi le patient doit renoncer à toute **attitude** **critique**. C’est précisément lorsque les idées paraissent absurdes qu’elles mènent à la reconnaissance de ce qui est censuré, oublié, et caché par le patient. Ces pensées fortuites ont toujours une valeur importante qui repose sur leur relation avec des matériaux psychiques refoulés. On peut à partir d’elles rendre accessible au conscient ce qui dans le psychisme était inaccessible au conscient.

Ce travail d’intérprétation s’applique aux rêves, aux lapsus, aux actes manqués, aux oublis, aux mélodies que l’on peut frédonner sans s’en apercevoir, aux gestes automatiques que l’on peut faire sans s’en aviser, tout ce que Freud a nommé : La psychopathologie de la vie quotidienne. Freud démontre dans la *Psychopathologie de la vie quotidienne* que les lapsus sont construits comme des symptomes, eux aussi ayant un sens allusif, symbolique à un contenu caché, refoulé, qui fait retour à l’insu du sujet.

**Paradoxe du lapsus :** On dénie toujours le sens des lapsus que l’on fait, en cherchant à les **rationnaliser**, mais lorsqu’une autre personne fait un lapsus, on ne se méprend presque jamais sur son sens… Ce paradoxe illustre bien **l’importance** du lapsus, et une certaine véracité de la théorie autour.  
  
 Deux dimensions solidaires fondamentales pour déchiffrer le sens des rêves, des lapsus, des symptomes :  
 - Ce que Freud a appelé d’une part le contenu manifeste d’un phénomène, qui est le phénomène tel qu’il apparaît à la conscience de chacun. C’est le souvenir du rêve, le mot qui est venu à la place d’un autre lors d’un lapsus, l’oubli d’une date…C’est le contenu qu’il convient d’interpréter pour retrouver son contenu latent.

- Le contenu latent d’un phénomène est donc son sens inconscient, tel qu’on doit le déchiffrer, et le retrouver par interprétation. Le contenu latent d’un symptome, d’un rêve, d’un lapsus, d’un oubli, d’un acte manqué est le sens et l’intention sous-jacente, inconsciente, l’intention sous-terraine que ce même phénomène manifeste et chiffre inconsciemment.

Aujourd’hui, les neurosciences donnent une toute autre interprétation aux rêves que la psychanalyse. Il n’empêche que les rêves, comme les lapsus, actes manqués, oublis, sont pour la psychanalyse des phénomènes remplis de sens, un sens cependant refoulé, déformé, censuré par le travail du rêve, et que pourtant on reconnaît tout à fait dans certaines situations bien précises. Le sens des rêves est au final bien compris par la plupart d’entre nous.

Exemple : *Un patient raconte que dans son rêve, sa soeur meurt dans d’atroces souffrances. Au petit-déjeuner, il se pointe devant sa soeur et lui dit qu’elle y mourrait dans d’atroces souffrances, en lui racontant tous ces détails. Sa soeur l’intérprète correctement : “ah, quand même”… La psychanalyse nous apprend que le rêve de mort de personnes chères (notamment ceux dans lesquels on se réveille en larme, ou dévasté) ont du sens : la preuve, ils nous mettent en émoi et nous donnent le besoin de les communiquer à la personne concernée.*

C’est d’ailleurs précisément les rêves dans lesquels des personnes chères meurent qui ont mis Freud sur la piste du **complexe** **d’Oedipe**. De là la reconnaissance de fantasmes agressifs, cachés, voilés, qui se trouvent réalisés d’une façon déformée dans le rêve, et qui ne veulent pas dire que l’on puisse être habité par des désirs de mort, mais qui veulent dire que l’on a été un jour habité par ce désir.  
 On atteint là le point où la psychanalyse a réduit purement et simplement tout l’anecdotique. Ce qui échappe au contrôle de la conscience manifeste quand même, souvent, une intention inconsciente → élargissement du déterminisme qui va jusqu’au psychique. Parce que tous ces phénomènes manifestent à chaque fois, exactement comme des symptomes, un certain retour du refoulé, c’est la frontière entre le normal et le pathologique qui s’en trouve fragilisée. Ces phénomènes sont des **symptomes** **infracliniques** *(clinique = ce qui apparaît au chevet du malade et retient l’attention du médecin ; infra = trop petit pour… ; infraclinique = pas encore indicateur d’une pathologie mentale)*. Il y a du refoulé chez chacun, et chacun se comporte comme un malade mental dans ces symptomes, actes manqués, oublis, lapsus, rêves. Les psychologues cliniciens sont assez peu prompts à tracer une limite précise, une frontière bien définie, entre ce qui est normal et ce qui est pathologique… La raison est que la psychanalyse (en montrant que les symptomes ont un sens, qu’ils viennent à la place d’un processus psychique normal) a tendance à amener une **pathologisation** **du** **normal**. C’est pourquoi on évite d’enfermer les gens dans des “classes” pour promouvoir bien plutôt la vérité du cas par cas. On considère les individus dans leur **absolue** **singularité**.

La dernière nouveauté apportée par la psychanalyse (après l’abandon de l’hypnose et la découverte du déterminisme dans les associations libres, après la découverte du sens des phénomènes tels que rêves/lapsus/actes manqués etc) est que la recherche des éléments traumatiques, ou bien des intentions perturbatrices, **conduit en permanence à la sphère de la vie sexuelle**. Il est commun de penser que pour les psychanalystes, et pour Freud en particulier, “ tout est sexe “. Cependant, la psychanalyse ne postule pas que tout est sexuel. La psychanalyse postule en effet qu’il y a du sexuel dans tout, mais qu’il n’y a pas **que** du sexuel, dans la mesure où le sens des symptomes, rêves, lapsus (…) est très souvent refoulé, caché, censuré.  
 La notion de sexualité en psychanalyse dépasse, comme Freud a pu l’indiquer, le génital et les relations sexuelles. On y élargit considérablement le sens de la sexualité. Il est arrivé à Freud de définir la sexualité comme suit :

*“ La psychanalyse ne prend pas la sexualité au sens étroit du génital.   
Pour la psychanalyse est sexuel tout ce que recouvre le verbe* ***aimer****.”*

**Aimer** au sens où on aime bien évidemment un amant, une pratique sexuelle au sens étroit, mais au sens aussi où on aime ses parents, ses amis...

**Epistémologie et histoire de la psychologie clinique**

*Christian Bonnet*

Quels sont les systèmes d’interrogation qui peuvent se saisir de la question de la pensée ? Comment conçoit-on la manière dont la pensée se forme, se déploie ?

Deux modalités :

- *Une tradition* *philosophique* (religieuse, théologique, sacrée…) qui insiste sur la valeur d’une pensée comme étant un objet spécifique et quasiment autonome. Cette tradition ne sera pas l’objet de notre étude.

- Pensée selon laquelle il n’y a pas de pensée *sans* *articulation* *au corps* (pas d’indépendance entre la pensée et le corps). Julien Offray de Lamettrie était un philosophe intéressé par les sciences et soutenait cette idée que la pensée est intimement liée au corps ; on retiendra son œuvre «*L’homme machine »* → Psychiatrie.

Si on considère la pensée, la psyché, pratiquement comme une production du corps, comme quelque chose qui ne peut pas être indépendant du corps, qui n’est pas au-delà du corps, alors cela veut dire que la discipline qui s’occupe du corps dans ses formes saines mais surtout dans ses formes pathologiques, dans ses dérèglements, dans ses maladies, a certainement quelque chose à dire sur la pensée et la psyché. Si la pensée n’est pas indépendante du corps, est clairement produite par le corps, et la discipline médicale a la capacité à étudier le corps, alors elle doit être en capacité de proposer une localisation topographique du corps en tant qu’il produit de la pensée. C’est ainsi un des buts de la psychiatrie, répondre à la question « quel pourrait être le lieu de la pensée ? ». Que le cerveau puisse être l’organe repérable, objectivable, anatomiquement cernable qui produit la pensée est la première « thèse » de la psychiatrie. Ainsi, si la pensée est « sécrétée » par le cerveau, des dérèglements de l’un doit avoir des conséquences sur l’autre. Une partie des souffrances psychiques, des dérèglements de la pensée devraient pouvoir être expliqués. Les méthodes de la psychiatrie (au sens récent ; ~18e siècle) sont des méthodes de médecine expérimentale.

Le modèle anatomo-pathologique :

Le médecin avec sa finesse d’observation le caractérisant est en capacité d’observer, relever, consigner un certain nombre de signes cliniques chez le patient avec une certaine forme d’objectivité et une fiabilité dans la manière dont il peut le communiquer autour. Ces signes peuvent ainsi constituer le tableau pathologique. Au décès du patient, la pratique de l’autopsie doit permettre de relever les atteintes, lésions, déformations, altérations de tel ou tel type d’organe → pathologie des organes.

Il y a donc, à partir de cette thèse, l’idée que les troubles psychiques et maladies mentales soient en grande partie explicables par la forme, l’articulation, la taille de l’organe.

L’épistémologie de la méthode anatomo-pathologique est encore aujourd’hui l’épistémologie qui organise l’ensemble du secteur de l’imagerie médicale (rayon X, scanner, IRM, analyses sanguines…). Les substances sécrétées par le cerveau (sérotonine, dopamine, endorphine etc…) vont également apporter des éléments pour comprendre certaines pathologies.

Sémiologie : (*Sémio* : signe, marqueur – *Logos* : discours écrit)

Manière dont on va nommer de manière précise et spécifique les signes de souffrance que le sujet manifeste. Par exemple, un patient va voir un médecin généraliste. Il lui raconte à sa manière, avec ses mots, ce qu’il lui arrive. Le médecin entend dans ce discours un certain nombre de points, dont il va en isoler un certain nombre pour les traduire et les ramener du côté de son vocabulaire spécifique : la sémiologie est la manière, à partir de ce que le patient présente (à l’oral ou non), de convertir sémantiquement les données.

La sémiologie est cependant largement insuffisante du point de vue du repérage de la nature des pathologies. Si on peut nommer l’ensemble des signes, tous les signes n’ont pas la même valeur et le même poids. Le médecin est donc en capacité de trier parmi ces signes (saisie-arrêt).

Nosographie : (*graphos* : manière de pensée, logique de catégorisation)

Système de tri, de catégorisation et de répartition des pathologies. Les diagnostics sont regroupés en familles. La sémiologie étant le repérage des signes cliniques, la nosographie est la catégorisation des types de souffrances psychiques (ou somatiques etc..). Les deux fonctionnent dans une complémentarité nécessaire.

**Sémiologie** → repérage des signes **|** **Nosographie** → catalogue des pathologies auxquelles on fait référence.

La sémiologie n’est pas stable dans l’histoire. Les nominations des signes cliniques sont amenés à changer au cours de l’histoire selon les paradigmes (paradigme = modèle de pensée) théoriques. La nosographie est également variable, en psychiatrie et en psychopathologie. Exemple de la *schizophrénie* : le terme « *schizophrénie* » est récent dans l’histoire (1911). La manière dont la schizophrénie a été définie, sa sémiologie, ne correspond pas à l’emploi du terme d’aujourd’hui.

Etiologie : (*étio* : idée de la cause – *logos*)

Manière de nommer et de comprendre les déterminants et les causes de la maladie. L’étiologie est la partie la moins stable du discours clinique.

Epidémiologie :

Notion de distribution et de fréquence d’une pathologie sur la population. L’épidémiologie est évidemment affectée par les changements de la sémiologie et de la nosographie.

Ces termes définissent la démarche médicale et clinique à aborder. Le terme « *clinique* » est un terme relativement large, mais simple à saisir. Clinique vient de « *Klinê* », en grec, qui est la rencontre, au lit, du patient. En psychologie clinique, on admet qu’il n’y a pas de pensée sans corps, **mais** qu’il y a des souffrances psychiques : exprimées par la pensée, portées par la pensée. Il peut y avoir une souffrance psychique qui n’est pas articulée à l’aspect matériel, corporel. La pensée peut être le lieu de production d’une souffrance spécifique. Cela a une conséquence épistémologique évidente : par la pensée et par le travail sur la pensée, on peut transformer, modifier, atténuer ou soulager ces souffrances. Si la pensée peut être douloureuse, elle peut aussi soigner. **La psychologie clinique est un soin de la pensée par la pensée**. C’est une manière de définir le champ des psychothérapies. Cette épistémologie de la pensée est étroitement liée au champ des neurosciences.

Psychologie Clinique (*Didier Anzieu, 1983*) :

La psychologie clinique est une psychologie *individuelle* et *sociale* (à ne pas confondre avec la psychologie sociale). Elle s’intéresse à l’*individu* mais également à ses intéractions avec les *groupes* auxquels il peut appartenir. C’est une psychologie *normale* (on s’intéresse aux modes de la pensée qui peuvent être sains, normaux, évidents) et *pathologique*. Cette psychologie concerne tous les âges. Le champ de préoccupation de cette discipline est donc extrêmement large, et intense.

Le psychologue clinicien remplit plusieurs fonctions.

- Fonction de *diagnostic* : (à ne pas réduire à un simple diagnostic similaire à celui d’un médecin)

Repérage des symptômes, de leurs constituants, de leur rapport à une processualisation psychique.

- Fonction de *formation* : Fonction de diffusion des savoirs, pas seulement dans le cadre de l’enseignement. La conception du psychologue clinicien de l’humain et de ses spécificités psychiques est enrichissante à communiquer.

- Fonction *d’expertise* : Fonction très articulée à la vie institutionnelle, qui permet au clinicien de prendre position dans l’orientation ou la réorientation d’un patient.

(Une fonction majeure qu’Anzieu ne mentionne pas est la fonction du *soin*, de la prise en charge de la souffrance psychique, de la *psychothérapie* (ou d’*analyse* au sens de la psychanalyse).)

Le psychologue clinicien reçoit une formation de base nécessaire (qui n’est pas une formation en fac de médecine, ou une formation d’auxiliaire en sciences humaines, mais une formation en sciences humaines. Cette formation est très articulée à la conception Freudienne de la psychanalyse), mais cette formation est non suffisante pour éventuellement devenir psychothérapeute ou psychanalyste. Les connaissances fondamentales paradigmatiques que l’on peut rencontrer à l’université ne constituent qu’une part, certes nécessaire, de la formation. Une expérience psychanalytique solide personnelle et technique est nécessaire. Le travail sur soi est une condition nécessaire.

Finalement, cette définition propose l’articulation entre la nécessité d’une ***théorie***, la construction et la consistence d’une ***méthode*** pour pouvoir appréhender une ***clinique***.

Les méthodes :

Les méthodes ne se réduisent pas à une façon automatisée de faire. Une méthode est la mise en oeuvre des principes d’une théorie. Les concepts évoqués dans la théorie servent à fabriquer la méthode.

***L’étude******de******cas*** permet de s’approcher de la singularité, là où une étude expérimentale apportera des résultats statistiques. Dans l’étude de cas, chaque individu est **singulier** : on parle *d’articulation* *particulière* de son *appareil* *psychique*.

L’une des méthodes à la fois de recherche mais également thérapeutique est ***l’entretien*** (ou la séance). L’entretien nécessite deux interlocuteurs, qui échangent, peut-être de manière asymétrique (l’un parle plus, l’autre écoute plus). L’entretien est un *dispositif de parole*, et n’est pas un examen en soi. Il est une manière de permettre au patient de déployer les pensées, les préoccupations et les souffrances qui sont les siennes. Il est nécessaire de spécifier la méthode promue lors de *l’entretien*. Parmi elles, on peut penser à la méthode de l’association libre de Freud, dans laquelle on suppose un ordre, une cohérence, une structure des contenus de pensée qui s’articulent dans le cadre de la séance. Ainsi, les entretiens différent tous sur leur méthode. Rogers, par exemple, ne faisait pas les mêmes entretiens que Freud, lui étant du côté des humanistes.

On peut ainsi se poser des questions sur les *valeurs* et les *limites* du discours. Il y a, au delà de la logique de l’entretien et de la séance articulée à des formes de discours, la possibilité de penser encore d’autres aspects et d’autres méthodes. Un débat a été posé sur la possibilité de faire des cures psychanalytiques sur des enfants, débat sur lequel Freud a été clair : pour qu’il y ait psychanalyse, il faut qu’on puisse utiliser la méthode des associations libres. Ce qui est paru difficile pour les jeunes enfants. Anna Freud, elle, suggérait qu’il fallait certes s’occuper des enfants, mais qu’il fallait surtout s’occuper des adultes qui accompagnaient les enfants. Par exemple, la méthode du *petit* *Hans*. Travailler directement avec les enfants sur le mode d’une cure analytique avec tous les éléments conceptuels que cela constitue était non concevable pour elle.

Une autre position a été que si, on peut mettre en place de telles cures sur les enfants, en considérant que le langage, ne se résumant pas à la dimension orale, possédait une forme de discours disponible, riche et puissante chez l’enfant : le ***jeu*** ***libre***. Le jeu libre de l’enfant a le même degré de liberté, de surdétermination, que le discours de l’adulte dans son mode de déploiement au cours de la séance d’analyse. Il y aurait donc possibilité d’installer une forme de rencontre avec le sujet enfantin sans aucun problème. Le dessin est tout aussi articulable à cette pratique là.

Il y a dans les méthodes de la clinique toutes les ***méthodes******d’observation***, parmi lesquelles on retient les *méthodes d’observation des bébés* d’*Esther* *Bick* : l’observation fine, attentive, singulière peut être un instrument de connaissance, une méthode particulièrement riche. L’observation des bébés est intimement liée à l’observation des parents : le bébé est observé dans le cadre familial, avec ses relations à l’autre.

Le prototype de l’observation du bébé ne fonctionne pas que pour le bébé. En effet, ces méthodes ont tout intérêt à migrer dans d’autres champs dans lesquels des souffrances psychiques peuvent s’exprimer, et où la possibilité de construire un entretien n’est plus possible (par exemple dans l’hospitalisation, à travers des pathologies lourdes, mais on peut penser à d’autres domaines également).

L’observation des signes discrets ou des formes rares peuvent devenir déterminants dans la prise en charge de certains patients.

Le ***bilan*** ***clinique*** (à ne pas confondre au bilan psychologique au sens usuel du terme) est un ensemble d’épreuves, de méthodes ou de tests à partir desquels on peut proposer des orientations, un regard sur les spécifictés des souffrances du sujet. Au sens classique, c’est une articulation entre des *épreuves* *logiques* et *d’intelligences*, et des méthodes *projectives* (tests de personnalité, épreuves thématiques, Rorshach, T.A.T. ou C.A.T.). Le bilan clinique est très large et varié.

***Les groupes de parole*** font partie des périmètres d’action du clinicien. Ce sont des groupes thérapeutiques don’t la modalité de clinique est très importante. La pensée et la résolution de symptômes y sont évidemment différentes que dans les autres méthodes.

Il y a également d’autres types de groupes thérapeutiques : groupes de jeux de rôle, psychodrames… Ces groupes sont des lieux d’analyse à considérer. On y trouve des processus de groupe, mais également des processus individuels.

On peut parler aussi des ***groupes d’analyse des pratiques, groupes de supervision, et groupes de thérapie,*** dans lesquels des professionnels peuvent intervenir pour amener une *régulation* et une *supervision* des différents membres du groupe. […]

Il est clair que Freud est une césure entre un savoir psychiatrique et un savoir psychopathologique. Avant lui, on a de grands nombres de grands psychiatres et de grans médecins, mais Freud apporte une grande théorisation de la question de la souffrance psychique. La thérapeutique va se réorganiser depuis ces processus.

Les méthodes évoquées plus haut sont des recueils des données relatives aux souffrances psychiques, mais certaines peuvent également servir de méthodes thérapeutiques.

**Les stades infantiles de la libido**

Libido → Quantité d’énergie. On ne peut pas séparer la libido de la pulsion.

Définition de Freud de la libido : “Libido est une expression empruntée à la *théorie de l’affectivité*. Nous appelons ainsi l’énergie considérée comme une grandeur quantitative de ces pulsions, qui ont à faire avec tout ce que l’on peut comprendre sous le nom d’amour.” (Amour à prendre dans le sens grec, *eros*, signifiant à la fois amour et désir)

La pulsion est au départ toujours organique : c’est la tension d’un organe. Cette tension demande à être résolue, solutionnée. Au sens Freudien, on doit entendre “pulsion” comme “poussée”. Ce phénomène physiologique au départ produit ce que Freud appelle une mise en travail du psychisme : le psychisme tente de donner la réponse à cette pulsion. C’est cette mise en travail que l’on observe. Il ne faut pas confondre l’instinct et la pulsion ; ce sont des conceptis radicalement opposés. L’instinct est un comportement animal fixé par l’hérédité.

*Exemple* : La faim est une pulsion organique. Le psychisme traite cette pulsion et tente d’y répondre.

Freud propose 4 caractéristiques à la pulsion :

- La *poussée* : manifestation organique de la tension.

- La *source* : origine organique, lui du corps, endroit spécifique qui subit la pulsion.

- *L’objet* : le moyen par lequel la pulsion peut atteindre son but.

- Le *but* : la satisfaction qui permet la levée de la tension.

Il crée un modèle théorique basé sur ces pulsions, dans lequel il décrit deux catégories de pulsions opposables :

- Les *pulsions* *autoconservatrices* ou *pulsions du Moi* : Ensemble des besoins liés aux fonctions corporelles nécessaires au maintien de la vie de l’individu.

- Les *pulsions sexuelles* (au sens psychanalytique, on se détache de la génitalité) : La résolution d’une pulsion sexuelle n’est pas fixe : chaque sujet trouve sa façon de trouver la solution à ce phénomène pulsionnel. Ce n’est pas une pulsion *programmée*.

Cependant, Freud reconsidère ce modèle plus tard, en 1920, dans “*Au-delà du principe de plaisir”*. Il propose ainsi la pulsion de *mort* et la pulsion de *vie* (pulsions sexuelles et pulsions autoconservatrices). Le but de la pulsion de mort n’est pas de répondre à la tension d’un organe ou d’apporter une satisfcation mais de faire en sorte que l’ensemble de l’organisme de ressente plus aucune forme de tension, et ce de manière définitive : c’est une réponse générale.

L’obsession de Freud pour la sexualité vient du fait que personne, dans le corps médical, n’écrit rien quant aux constatations faites sur le domaine sexuel, bien que ce domaine soit toujours abordé lors des entretiens. Il faut retenir que Freud était un scientifique, un neurologue. Ses approches tentent toujours d’apporter des explications rationnelles, ou logiques.

La sexualité : La sexualité ne désigne pas seulement les activités et le plaisir qui dépendent du fonctionnement de l’appareil génital, mais une série d’activités qui apportent un plaisir. Il est à penser sur tout ce qui va être mis en oeuvre pour arriver au plaisir.

*Pulsion partielle* : pulsion précise et déterminée. Par exemple, la pulsion orale.

Ces concepts articulés entre eux vont permettre une meilleure compréhension du psychisme, selon Freud et d’autres psychanalystes, dans la théorie psychanalytique.

La libido va exprimer quelque chose de la pulsion de manière psychique, elle va exprimer une charge quantitative. L’exemple basique de la faim peut aider à la compréhension de cette notion de charge quantitative : ce qui fait varier la faim, c’est la quantité de libido. De même, on ne donne pas la même valeur aux pulsions (aspect qualitatif, on parle de *qualité d’affect*). La quantité de libido s’accompagne donc d’une qualité d’affect. Ensemble, ils prennent une forme et une consistance dans le psychisme.

Les stades de la libido : Le terme de “stade” en psychologie clinique n’est pas à confondre avec les stades de la psychologie du développement. Les stades de la libido font référence à des étapes de la construction du psyché. Ces stades s’étalent de 0 à 7 ans. Freud identifie trois stades de la libido infantile : le stade *oral* (investissement de la zone bucale en recherche de plaisir), le stade *anal* (satisfaction de répondre ou pas à la demande, contrôle des sphincters, et adaptation sociale), et le stade *génital/phallique* (qui est la recherche de désir, de plaisir, de satisfaction prononcé dans la zone génitale). Les stades coexistent entre eux, mais se succèdent.

***Le stade oral*** (0 → 1-2 ans): Il fait partie des réflexes innés du nourisson. A la naissance, le bébé naît, pleure, *mange*, puis dort, en boucle. Il commence ainsi à intégrer que la tension qu’il ressent peut trouver une réponse, et que la réponse fournie produit du *plaisir*. Ce plaisir est initialement le plaisir direct de la satiété, mais celui-ci va s’ellargir : lorsqu’on allaite un enfant par exemple, on ne fait pas que lui donner à manger mais on le berce, on chante, on lui calme. Ainsi, à chaque fois qu’on le nourrit, un plaisir apparaît. Il va donc chercher ce plaisir plus tard, et va l’associer à la bouche. C’est le début de la sexualité. Le bébé va chercher à exprimer un plaisir qui dépasse le besoin organique de la faim. On passe d’une pulsion autoconservatrice à une pulsion sexuelle : il va sucer le pouce, mordiller les pieds et le sein de la mère, afin d’explorer les moyens de répondre à ses pulsions qui dépassnt le besoin organique. La succion le rassure ainsi, car elle est associée à un ensemble d’expériences positives.

Des pathologies sont associées à ce stade, comme l’anorexie, la boulimie, l’hyperphagie… Lorsque ses pathologies font surface, on s’intéresse à comment le stade oral a été vécu par le patient.

***Le stade anal*** (*sadique-anal)* (1-2 → 3 ans) : Ce stade touche une zone par excellence tabou; on y parle d’anus et d’excréments. La zone anale est une zone particulièrement innervée et produit des sensations physiologiques fortes. L’enfant connaissant déjà le plaisir par la zone buccale va investir la zone anale. Le fait de libérer des excréments procure du plaisir. L’enfant va réaliser qu’il a un *contrôle* sur ce plaisir : il peut contrôler ses sphincters et ainsi décider de l’expulsion ou non, c’est à dire il *décide de son plaisir*. L’attente, d’ailleurs, permet d’exciter et d’augmenter le plaisir. Pour l’enfant, sa matière fécale fait d’ailleurs partie de lui, et il n’éprouve aucune gêne face à cela. Le contexte est très important : c’est le moment où l’école et les parents demandent à l’enfant d’être propre, de se contrôler. On valorise beaucoup le fait que l’enfant puisse contrôler. L’enfant trouve alors la satisfaction du contrôle, il est en toute puissance, et il le sait : il choisit s’il est propre, ou non. C’est un rapport à la demande, à l’exigence sociale. Certains psychanalystes pensent que c’est lors de ce stade que se structure le Sur-moi.

***Stade génital*** (3 → 7 ans) : Investissement massif de la libido sur les parties génitales. Ce n’est pas la première fois qu’il intervient cependant, on peut observer des mouvements vers la partie génitale du bébé lorsqu’on nourrit celui-ci par exemple. Cet investissement est condamné par les parents, car la sexualité est tabou. L’enfant va faire un constat très simple : cette zone spécifique du corps produit une sensation de plaisir bien plus manifeste que les autres. Cette pulsion ne correspond à aucune nécessité de survie, et la fonction associée aux parties génitales n’est d’ailleurs pas encore disponible. Ce stade correspond également au moment où l’enfant commence (ou continue, car cela apparaît vers 2 ans/2 ans et ½) à questionner sur leur origine, sur comment on fait les enfants. Tout cela amène selon Freud au *complexe d’Oedipe*.

/ ! \ Freud distingue le stade génital (12 → 18 ans) du stade phallique (3 → 7 ans)

Complexe d’Oedipe : Ensemble des affects, des désirs, des hostilités que l’enfant va éprouver à ce qui fait office de fonction parentale. L’enfant se met à désirer ces personnes particulières, qui possèdent ces fonctions parentales. C’est la sortie de l’auto-érotisation. Tout un enjeu s’organise : l’enfant va éprouver une attirance, un désir envers l’objet qui représente le sexe opposé, et va rentrer en rivalité/en haine avec le sexe identique; ou alors tout l’inverse. Cela n’a aucun rapport avec les orientations sexuelles. Se pose alors le tabou de l’inceste : on ne couche pas avec ses parents. Le second interdit est que l’enfant n’est pas désigné pour avoir des relations sexuelles. De plus, l’objet désiré est peu disponible (si le couple est formé, l’objet est avec l’autre). Ce complexe ne présente que des impossibles et des interdits. Cela aboutit selon Freud au *complexe de castration*.

Complexe de castration : L’enfant devient incapable d’atteindre son désir. Il peut gagner l’attention de l’objet désiré, mais il ne l’aura jamais, et c’est terrible pour l’enfant. Cette castration vient s’opposer à la toute puissance. Toute la construction de l’enfant de sa naissance jusqu’à cet instant est perturbée. Il faut retenir cependant que tout interdit moral dépend d’un paradigme culturel.

La castration a pour effet de produire (vers les 7 ans) un massif et violent refoulement de toute l’expérimentation de la sexualité vécue jusqu’alors. Tout ce qui touche à la sexualité devient alors honteux. La pudeur apparaît. Il y a souvent une répulsion à l’égard du sexe différent. C’est à la puberté que les contenus sexuels refoulés sont sublimés. Il y a un réinvestissement du corps, avec l’apparition de la masturbation par exemple (qui reste secrète). On parle de résolution Oedipienne. Le sujet est alors déterminé dans sa sexualité, et entre autre dans son orientation sexuelle.

**L’adolescence**

*Amira Karray*

**I – Introction**(Approche historque)

1er ouvrage : *“The study of adolescence”,* deBurnham, 1891, USA, puis*“Adolescence”, par* Hall, 1904, USA.

En Europe, un ouvrage de P. Mendousse en 1909 intitulé *« L’arme de l’adolescent »*. Freud publie en 1905 « *Trois essais sur la théorie de la sexualité »*, où il parle de la perte de l’objet oedipien, des nouveaux investissements, de l’objet sexuel. Ernest Jones publie « *Quelques problèmes de l’adolescence »* en 1925. Les travaux continuent avec ceux d’Anna Freud (*« Le moi et le ça à la puberté », 1936),* puis les travaux de Peter Blos et Winnicott.

Dans la même période, il y a eu un développement de travaux en sociologie et en anthropologie, qui étudient l’adolescence comme un **phénomène socio-culturel**. Par exemple, on peut citer les travaux de Margaret Mead (anthropologue), et ceux de Linton, suggérant que l’adolescence n’est pas un phénomène universel, mais qu’il y a une détermination culturelle. Il a été effectivement observé que dans certaines sociétés, l’adolescence n’apparaissait pas, ou pas telle qu’on la connaissait. Aujourd’hui, il existe plusieurs modèles et paradigmes de l’adolescence, à l’interface des dimensions psychologiques, sociologiques et sociétales.

**Définition** : Adolescent (vient du latin « *Adolescere* »: du latin, grandir, se développer, évoluer vers…)

Période dans laquelle le sujet, qui n’est plus un enfant, mais pas encore tout à fait adulte, se trouve « embarqué » de par ce vécu pubertaire, dans un processus personnel, social et professionnel d’autonomisation, selon des normes établies par la société (Huerre, 2001)

L’élément déclencheur serait la puberté, et les transformations du cours ont donc un effet sur la façon avec laquelle il va se voir lui-même et évoluer dans la société. Le **changement biologique** et le **contexte social** induisent donc une **évolution psychologique** avec comme objectif une **autonomisation**.

Modèle psychologique et spécifiquement psychodynamique :

« L’adolescence est envisagée depuis des décennies maintenant, comme un processus psychique de **développement** et de **métamorphose**, selon l’expression freudienne » (Gutton, 2002) Le développement et la métamorphose sont complémentaires. Le développement part d’une évolution, là où métamorphose suggère un changement dans la dynamique psychique. Ces processus se basent donc sur double mouvement : **séparation de l’enfance** et **recherche du statut d’adulte.**

Modèle physiologique :

Un ensemble de transformations physiologiques, puberté, croissance, caractères sexuels secondaires qui impliquent un rapport différent au corps.

Modèle sociologique :

L’adolescence est vue comme un « *groupe social* », avec des caractéristiques socioculturelles, et est vu comme une période d’insertion dans la vie adulte.

Modèle psychosocial (*Erikson*, pionnier de l’étude du développement psychosocial) :

Erickson présente l’adolescence comme une « *criste d’identité* », qui serait caractérisée par une quête d’un sentiment nouveau de continuité incluant la maturité sexuelle. Cette crise d’identité serait nécessaire, normale et créatrice. Elle pourrait cependant être vécue dans certains cas plus difficile, plus longue, plus complexe. Il parle alors de « *confusion d’identité* », qui serait une prolongation, une aliénation pathologique de la crise d’identité : incapacité à se dégager de la crise d’identité. (Erickson, dans les années 60, travaille en équipe pluridisciplinaire avec une approche clinique et psychanalytique sur un problème social).

Modèle développemental (cognitif) :

L’adolescence est appréhendée comme un changement dans les processus de pensée : pensée formelle, hypothético-déductive (Piaget). L’adolescence aurait un effet sur les apprentissages, le raisonnement, le traitement des informations, la façon de penser le monde.

Tous ces modèles ont reçu un apport important de la sociologie et de l’anthropologie. Certains troubles comme les troubles des conduites alimentaires ou les conduites suicidaires mettent en évidence l’importance de l’influence de la société et de la culture. Ces approches mettent le lien adolescence en tant que processus et vie psychique et la société. Ces approches prennent toujours en compte les facteurs individuels/environnementaux pour comprendre les processus de l’adolescence.

(Travaux actuels en psychologie clinique, qui en rendent compte *: Ph. Gutton, E. Diet, Ph. Jeammet, D. Lebreton.*)

**II – Vie psychique à l’adolescence** (modèles psychanalytiques)

Les transformations à l’adolescence concernent :

La puberté, amenant des changements au niveau du rapport au corps. L’adolescent doit adopter une identité de genre au cours de l’adolescence. Il va également devoir construire une image corporelle sexuée, et s’engager progressivement dans l’intimité sexuelle.

La vie sociale, amenant des changements au niveau du rapport avec les autres. L’adolescent va devoir se défaire des liens de dépendance à l’égard des parents, et sz’engager dans des relations de proximité avec les pairs

L’identité, qui évolue, et amène des réaménagements dans la façon de vivre et dans le rapport à soi. L’adolescent doit se situer et se structurer à travers des enjeux cruciaux : les perspectives professionnelles, les relations interpersonnelles, le rapport à l’autre sexe (identité sexuelle), les valeurs, les croyances et les plans de vie.

1. L’adolescence comme crise :

On parle de crise car il y a ce double mouvement de rupture avec l’enfance sans que l’adolescent soit encore adulte. L’adolescent traverse des transformations importantes et rapides, amenant un nouveau rapport à soi et au monde. On peut se poser la question de la « crise » de l’adolescence, ou crise dans la société. C’est la rencontre en un adolescent et une société qui donne cette forme de crise. La crise s’inscrit donc dans un contexte donné.

**Définition** : Crise de l’adolescence.

La crise de l’adolescence est une interruption dans la tranquilité de la croissance, après la phase de latence (entre le stade phallique et le stade génital). Positions économiques (façon avec laquelle l’énergie psychique et le quantum d’affect vont être gérés et investis) et dynamiques (conflictualité entre les instances) extrêmes, changeantes, fluctuantes. Ceci amène des tumultes et des bouleversements, sans pour autant parler de pathologie.

Quelques modèles de la **crise** de l’adolescence :

Le modèle du « *breakdown* » ou de « *la* *cassure* » (Moses Laufer, 1983) :

La fragilité de l’adolescent peut conduire à une « *cassure* », une rupture dans le développement conduisant à des troubles psychiques très spécifiques à l’adolescence. Certains troubles de l’adolescent sont réversibles : **cette cassure est spécifique à l’adolescence**, et différencie l’adolescence d’une pathologie définitive. La crise d’adolescence est une expression des **conflits** que traverse l’adolescent. Cette cassure est une méconnaissance inconsciente de son nouveau corps, avec un rejet de l’intégration d’une nouvelle image d’homme ou de femme. Elle se situe à l’avènement de la puberté, et elle va laisser des traces.

Ce modèle permet de comprendre les symptômes de l’adolescent selon la nature du **conflit** **interne** et non selon les symptômes (il y a parfois diagnostic de psychoses chez des adolescents qui ne sont pas psychotiques, ce seraient des symptômes passagers, une expression de ce breakdown). Il y a donc une nécessité de comprendre et d’accompagner cette cassure « réversible ».

Le modèle de « *la crise juvénile* » (Pierre Male, 1964)

Il s’agirait d’un remaniement de l’individu, d’une mutation qui peut être difficile et perturbante. C’est cette crise qui fait émerger le sujet du **monde protégé de l’enfance**. Elle se fait selon lui en deux temps.

Le premier temps est *la crise pubertaire* (11 – 16 ans), qui est liée aux changements corporels. Il y a présence d’un doute de soi et de son corps, une crainte d’être observé et d’un besoin de réassurance. Durant cette crise, l’adolescent présente une tension génitale et une difficulté d’évolution vers la sexualité adulte, et fait ses premières expériences autoérotiques ou relations sexuelles. Dans cette crise, il y a possibilité de dysharmonies de l’évolution pubertaire. Il y a un **contraste/écart** vécu entre le corps infantile et le développement de la génitalité, un écart entre activité pulsionnelle et défenses infantiles (exemples de refus du sexuel, d’inhibition, ou de dénégation).

Le second temps est *la crise juvénile*. Suite à la crise pubertaire, il y a un développement de la pensée et des investissements. Il y a donc un investissement de nouveaux objets, un goût de l’abstraction, une certaine originalité voire des bizarreries. Ceci peut se manifester par des oppositions, des refus des normes sociales ou scolaires, de l’agressivité, des passages d’humeur triste et d’angoisses. Ces manifestations montrent que le travail d’acceptation de soi est en train de se faire.

Male distingue la crise juvénile simple, qui aboutit à une acceptation de soi avec des angoisses gérables, de *la crise juvénile sévère,* dans laquelle on observe une forte inhibition, des comportements auto-agressifs, d’autodestrution, et une certaine **morosité** (l’état morose peut conduire à des passages à l’acte : fugue, délinquance, comportements à risque, suicide).

Beaucoup d’auteurs voient l’adolescence comme un **temps de crise**, comme un **conflit** dans le **développement** : Anna Freud, Moses Laufer, Evelyn Kastenberg, Winicott. Ce conflit amène nécessairement une réorganisation psychique qui va débuter au moment de la puberté.

*« Il s’agit d’une crise, car l’adolescent en pleine réorganisation vit des changements, des contradictions, des conflits dont l’évolution est ouverte »* (Marcelli, 2001)

Anna Freud parle de **maturation du** **moi** et **des mécanismes de défense**. Lorsque les mécanismes de défense n’arrivent pas à maîtriser les angoisses, ils se retournent contre le lien à **l’objet infantile** et contre **les** **pulsions**.

Kestenberg parle de crise de l’adolescence comme passage de la **déception** (perte, surprise de la puberté) à la **conquête** (de soi, de l’objet, des assises narcissiques pour devenir adulte).

Tous ces processus sont normaux, et nécessaires. Il arrive dans certains cas que la crise d’adolescence soit beaucoup plus marquée. On parle alors de crise d’adolescence pathololgique : *« la puberté et l’adolescence auront été non seulement critiques, mais traumatiques… »* (Kestenberg, 1980). Cette crise d’adolescence amène à un bouleversement du moi. L’adolescent a recours à des mécanismes de défense antérieurs à cette situation nouvelle (infantiles, régressifs), et a recours à des fantasmes, le conduisant à ne pas faire le lien avec la réalité externe.

Cette crise pathologique peut s’éxprimer par :

- L’absence apparente de crise, et de réorganisation

- Une morosité (tristesse et désillusion), un effacement de l’idéalisation naturelle de l’adolescent

- Une inhibition intellectuelle et créatrice / un activisme sexuel (sexualité active qui pourrait ressembler à une sexualité adulte, mais avec une rupture de la maturation psychologique qui doit aller avec)

- Une étrangeté, une altération du moi (registre pathologique possible).

**2. L’adolescence comme processus :**

L’adolescence peut également être appréhendée comme un processus et non pas comme une crise unique. C’est un ensemble de changements complexes, qui peuvent durer dans le temps, et se réactiver tout au long de la vie, notamment au début de l’âge adulte.

On parle de second processus de *séparation – individuation* (Peter blos), qui se distingue du premier processus de séparation – individuation que l’on contaste chez le jeune enfant qui se sépare et se différencie de sa mère en intériorisant l’objet (Margaret Mahler). Le second processus de séparation – individuation est chez l’adolescent, qui se dégage des objets internes (premiers objets infantiles investis dans l’enfance), pour investir des objets extérieurs (le monde social) et des nouveaux modes de relation. L’adolescent réorganise son rapport au monde et à l’environnement. Ce processus est caractérisé par un travail de deuil lié à la **séparation** avec les objets parentaux, et par un travail de constructions d’identifications nouvelles, i.e. **d’individuation**. Ces mouvements soulèvent les problématiques et conflits psychiques de *la* *dépendance* et de *l’autonomie*, et de *l’identification*.

Philippe Gutton a developpé ses travaux autour du processus adolescent. Il a développé le concept fondamental du *« pubertaire »*, processus qui rend compte de la pression du réel biologique de la puberté sur les trois instances psychiques (moi, surmoi, ça).

Pubertaire : équivalent psychique de la violence de la puberté. C’est l’ensemble des remaniements psychiques liés à la puberté. Le *« traumatisme pubertaire »* est la réactivation du conflit oedipien.

Adolescens *(travail d’):* intégration psychique de la violence pubertaire (symbolisation, métabolisation). Ce travail met « fin » à l’adolescence (fin provisoire, possibilité de réactivation).

**3. Réaménagements, conflits et problématiques.**

Corps et narcissisme : Il y a des répercussions psychologiques des modifications de la puberté, au niveau de la réalité concrète et du niveau imaginaire et symbolique. Il y a ainsi une *modification de l’image du corps.* Le corps comme repère spatial change. Ce changement change ainsi la perception de l’espace et de l’environnement : c’est comme si les dimensions du milieu avaient changé.

Le corps sexué mature passe dans la possibilité de l’acte sexuel, ce qui implique un des **remaniements pulsionnels** : *« Alors que l’enfant symbolise ce qu’il ne peut pas accomplir, l’adolescent est obligé de symboliser ce qu’il peut maintenant accomplir* » (Roussillon, 2002, « Enjeux de la symbolisation à l’adolescence »)

Le corps est un moyen d’expression symbolique (des conflits, de la recherche identitaire, etc…). C’est un support du sentiment d’identité. L’adolescent peut alors sentir une certaine bizarrerie ou étrangeté face à son propre corps qu’il ne reconnaît plus. L’adolescent passe donc par la dimension narcissique avec un investissement de soi (valorisation ou dévalorisation, etc).

Narcissisme : Les changements de l’adolescence viennent, dans cette rupture d’équilibre, **fragiliser** le narcissisme. L’adolescence se base cependant beaucoup sur **l’investissement** **narcissique**. Cet investissement est donc mis à l’épreuve. Cette fragilisation peut s’exprimer :

- Par une préoccupation de soi, mégalomanie, fantasme grandioses, ce qui est révélateur de l’augmentation de l’investissement libidinal de soi, coexistant avec l’investissement des objets.

- Par une préoccupation exclusive de soi, avec désinvestissement de l’objet (pathologique).

- En lien avec le narcissisme parental projeté sur l’adolescent. L’adolescent peut se sentir dévalorisé s’il ne réalise pas les fantasmes parentaux (processus inconscients).

Le conflit oedipien à l’adolescence : A la puberté, il y a une **réactivation du conflit oedipien**, en lien avec la **réalité** **de la possibilité d’une sexualité génitale**. Les désirs incestueux qui étaient pendant l’enfance plutôt vécus dans le contexte infantile vont induire des pulsions ayant des effets réels, potentiellement traumatiques (*la pression du pubertaire* cf. Gutton). Dans l’oedipe pubertaire (différent de l’oedipe infantile, où les deux parents sont investis), un parent est investi et l’autre fortement désinvesti (fantasmes de mise à mort du parent rival). Le parent investi est investi par des désirs incestueux va cependant être mis à distance par les désirs d’autonomie, caractérisant l’adolescence.

Cette réactivation va amener un déséquilibre économique : il y a augmentation des pulsions sexuelles libidinales d’objets, amenant à une recherche relationnelle nécessaire chez l’adolescent qui va le confronter à *l’angoisse de l’inconnu*. Cette angoisse va être articulée autour de *l’angoisse de castration* (articulée avec le conflit oedipien) et de *l’angoisse de perte* (angoisse de perdre l’objet). Face à ces angoisses, l’adolescent peut mettre à distance ces investissements, par des mécanismes de défense comme l’intellectualisation et l’investissement d’autres sphères moins angoissantes (sport, culture…).

Le travail de deuil et l’élaboration de la perte : L’adolescent est face à la perte des liens de l’enfance. Cette perte est associée à une **contrainte** et à un **désir** **d’autonomie**, lié à une **menace** de perte des objets d’amour infantile. C’est une double perte : perte de l’objet primitif et perte de l’objet oedipien. Ce détachement de l’autorité parentale et des objets infantiles est une confrontation au vide, qui peut amener un moment, un vécu de dépression (travail normal du deuil). Ce travail de deuil peut réactiver des angoisses d’abandon, de la culpabilité, des affects de tristesse… Grandir suppose de faire des choix d’objets, d’accetper la perte (du lien total, continu, de la toute puissance infantile, etc…). Les renoncements de l’adolescence reposent sur et fragilisent les assises narcissiques

***« Grandir est un acte agressif »*** *(Winnicott)*

Ce travail de deuil et d’élaboration de la perte dépend de la capacité de l’adolescent à lier les affects de tristesse liés à la perte à une représentation de l’objet perdu. Il dépend également de la capacité à représenter un objet réparateur ou substitutif de l’objet perdu. Ceci repose donc sur l’accès l’ambivalence : la capacité d’investir des objets qui ont des caractéristiques bonnes et mauvaises.

L’idéal du Moi à l’adolescence : L’idéal du Moi à l’adolescence a une place très importante, liée à la prépondérance du narcissisme. Les adolescents sont à la recherche d’un idéal du Moi, d’une image satisfaisante d’eux-mêmes, qui constitue un soutien narcissique. Ils développent un modèle auquel ils cherchent à se conformer. L’adolescence est donc caractérisée par un certain conflit entre l’idéal du Moi et le Surmoi, car le Surmoi est une instance qui va réguler les tensions, les pulsions et leurs expressions, là où l’idéal du Moi est valorisant et valorisé. L’idéal du Moi est *« l’héritier du processus de l’adolescence »* (Peter Blos), de la même manière que le Surmoi serait l’héritier du complexe d’Œdipe dans l’enfance. L’idéal du Moi contribue également à la formation de l’identité sexuelle et au maintien de sa stabilité (Blos). Il est « partie du surmoi qui contient les images et les attributs que le moi s’efforce d’acquérir afin de rétablir l’équilibre narcissique ». L’idéal du Moi s’applique à l’adolescence sur l’extérieur, les pairs, l’environnement, la société : il est nourri de valeurs, de symboles. Ces repères vont constituer des relais d’identification et de consolidation narcissique pour atteindre cet idéal du Moi. Ceci permet aux adolescents d’investir de nouveaux objets, d’investir le monde, pour palier la fragilité narcissique liée à la perte des objets internes et à la perte narcissique (Laufer). La particularité de l’idéal du Moi à l’adolescence est qu’il ne va plus s’appuyer uniquement sur l’idéalisation de parents, mais sur l’idéalisation du monde extérieur et l’idéalisation de soi. C’est donc une instance qui vient renforcer et réguler le narcissisme. Le Moi tend à atteindre l’idéal du Moi, pour rétablir l’équilibre narcissique. Il favorise aussi l’adaptation sociale.

**III – Psychopathologie de l’adolescence**

Les spécificités de la psychopathologie de l’adolescent comprennent un certain flou entre le normal et le pathologique. Ceci amène à une forte attention au diagnostic, en ne procurant pas de diagnostic figé (position éthique et déontologique). La question du transfert et du contre-transfert se pose. Le lien au contexte culturel et social, et l’environnement de l’adolescent sont très importants et doivent être considérés. Le contexte social va avoir un effet sur l’expression des processus psychiques ou des souffrances qui peuvent avoir une forme collective parfois, malgré la singularité du vécu de chacun. Devereux, qui s’est intéressé à l’anthropologie et l’ethnopsychiatrie, avance : *« un individu tombe malade de la façon avec laquelle sa société lui demande de tomber malade ».* On parle de ***processus inconscient collectif***. Les types de symptômes chez les adolescents sont en effet très dépendant de la société : on lie en conséquence adolescence et société.

**1. Les grandes expressions cliniques et psychopathologiques**

Les expressions peuvent être des états anxieux, des problèmes de dépression (« *Dépression et tentatives de suicide à l’adolescence* » de Marcelli et Berthaut, 2001), des états psychotiques, une notion d’état limite ou Borderline, de conduites psychopathiques, de dépendances…

On parle de problématiques **Trans-nosographiques** : agir, passage à l’acte et conduites centrées sur le corps.

Etats anxieux : Les troubles observés chez les adultes ont souvent commencé à l’adolescence, souvent de façon insidieuse, infraclinique (peu de symptômes, manifestations discrètes). Les tableaux des troubles anxieux chez l’adolescent ressemblent parfois à ceux que l’on peut retrouver chez les enfants ou chez les adultes, mais la particularité de l’adolescent est l’expression par le corps de l’angoisse, marquée par une plainte ou une préoccupation somatique. On peut donner comme exemple les phobies scolaires, exression de l’angoisse de l’adolescence. Les états anxieux sont souvent accompagnés de menaces dépressives (angoisse de perte, d’abandon).

Dépression : La dépression à l’adolescence est normale et liée au travail de deuil. Les adolescents sont engagés dans un travail de lutte contre le vécu dépressif. En raison du nombre de vécus de perte au niveau du corps, de liens aux parents, du groupe (de la famille à la société), de soi même, il est normal d’avoir un affect dépressif de base chez l’adolescent (isolement, retrait, pessimisme, ralentissement). L’humeur dépressive, la morosité ou l’ennui font partie du travail de l’adolescence. En cas de présence intense qui dure dans le temps et touche le fonctionnement général, on peut se retrouver face à un syndrome dépressif, dont il existe différent types :

- *La dépression d’infériorité* (estime de soi) (Braconnier)

- *La dépression d’abandon* (sentiment de vide, de carence, lien avec la psychopathologie de l’état-limite) (Masterson)

- *La dépression mélancolique* (registre psychotique avec dévalorisation à la fois de soi et du monde qui va altérer le rapport à la réalité et la capacité d’investir la réalité).

Etats psychotiques : On parle d’état psychotique et non pas de trouble. On peut cependant observer des schizophrénies débutantes, ou des bouffées délirantes aiguës. Les états psychotiques chez l’adolescent peuvent être accompagnés et stabilisés. Ils sont peut-être un état passager lié à la crise pubertaire (cf Breakdown).

Notion d’états limites : Les points communs entre l’adolescence et l’état limite sont la fragilité narcissique, l’angoisse très vive, l’intolérance à la frustration, le flottement de l’identité, l’insécurité, l’idéalisation, la dévalorisation, allers et retours entre espoir et désespoir, le sentiment de vide. Dans ces états, il y a une difficulté de la séparation – individuation. Les expressions cliniques à l’adolescence peuvent être une fréquence importantes de conduites de l’agir, des tentatives de suicide ou prises de risque, des dépendances, des passages à l’acte, des fugues, des manifestations centrées sur le corps. Il y a encore un flou entre le normal et le pathologique. L’adolescent est face à une menace d’une rupture de la continuité de soi.

Les conduites psychopathiques : Ce sont des conduites caractérisées par l’impulsivité, l’agressivité et l’instabilité. Les relations humaines sont paradoxales : contact facile et rejet des normes, attaque des cadres sociaux.

Les dépendances et les conduites addictives : Elles s’articulent beaucoup au fonctionnement des états limites. Elles sont en lien avec les problématiques de l’adolescence. Il y a une recherche de sensations, de connaître les limites de son corps, une recherche de plaisir et d’excitation, de combler par l’objet de dépendance un manque interne (modèle narcissique), une recherche d’apaisement des tensions. Ceci relève de la problématique de dépendance à l’objet.

**2. Vignette clinique**

Benoît, 17 ans, est assigné à une consultation psychologique par une assistance scolaire. Il présente depuis un an un mal dans sa peau, pense à la mort, au suicide, mais a peur de passer à l’acte. Il s’interroge sur le sens de la vie, il n’arrive pas à travailler en classe (difficulté de concentration). Il redouble, se réoriente, et déinvestit le scolaire. Il ne sort plus, reste dans sa chambre au lit, en écoutant de la musique. Il dort mal, fait des cauchemars. Lors de l’entretien, il parle peu, et ne présente pas d’émotion, pas d’affect.

Sa préoccupation essentielle est ses origines propres. Il se trouve qu’il a été placé depuis qu’il est tout petit chez une nourrice (Protection de l’Enfance). Il connaît sa mère et lui rend des visites intermittentes. Les visites sont sources de tension (mère génitrice/nourrice), créant une extrême souffrance chez Benoît. Pendant cette période, il ne souhaitait plus voir sa mère, mais souhaitait garder un lien avec sa fratrie et la retrouver. Il l’exprime mais n’a jamais fait aucune démarche pour voir sa fratrie ou pour ne plus voir sa mère.

Le système de défense qu’il utilise est marqué par le clivage : d’un côté, il met sa bonne mère, qui l’a élevée et continue à l’élever, et de l’autre côté sa mauvaise mère, qui est sa mère génétrice. Ses questions des origines portent sur qu’est-ce qu’une famille. Il se sent étranger à sa famille d’accueil, rêve qu’il tue ses parents nourriciers, est jaloux envers sa sœur dans sa famille d’accueil. A cause de ces angoisses, il possède des idées suicidaires sans passage à l’acte car il ressent de la honte.

Il a tout de même un investissement positif dans une relation amoureuse avec sa petite amie. Cependant, les parents de sa petite amie le rejettent en raison de son histoire familiale, ce qui réactive ses angoisses d’abandon et de séparation. On remarque que ses bases d’identification dès l’enfance sont fragiles. Dans le second processus de séparation – individuation, ces bases fragiles vont le mettre en difficulté et l’empêcher de se séparer de ses parents adoptifs. Il n’arrive pas à mettre une distance relative à ses parents sans sentir une menace de perte totale. Il clive ainsi les objets, en les idéalisant totalement. C’est dans le rêve que ses fantasmes de dévalorisation/destruction apparaissent. Ces rêves entraînent une angoisse, qui amène un retournement sur lui-même de l’agressivité, avec dévalorisation de soi.

L’approche thérapeutique a permis un travail sur l’agressivité à l’égard de la famille nourricière (et sur la crainte d’abandon), un travail sur la nostalgie de la famille d’origine, un travail sur le clivage bon/mauvais, ainsi qu’un travail sur la séparation, dans un accompagner du projet professionnel, scolaire et social, pour soutenir l’autonomisation sociale et psychique.