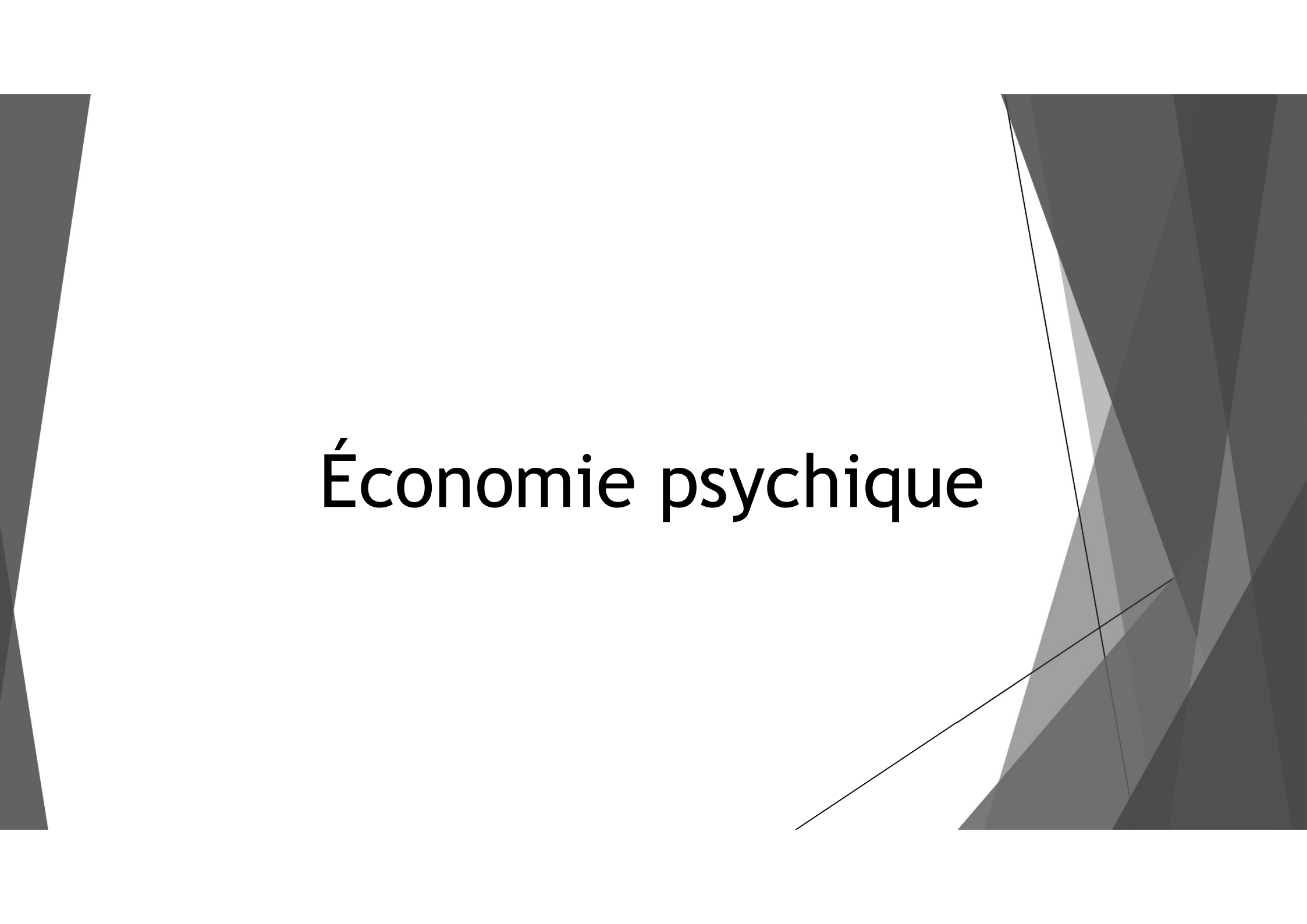
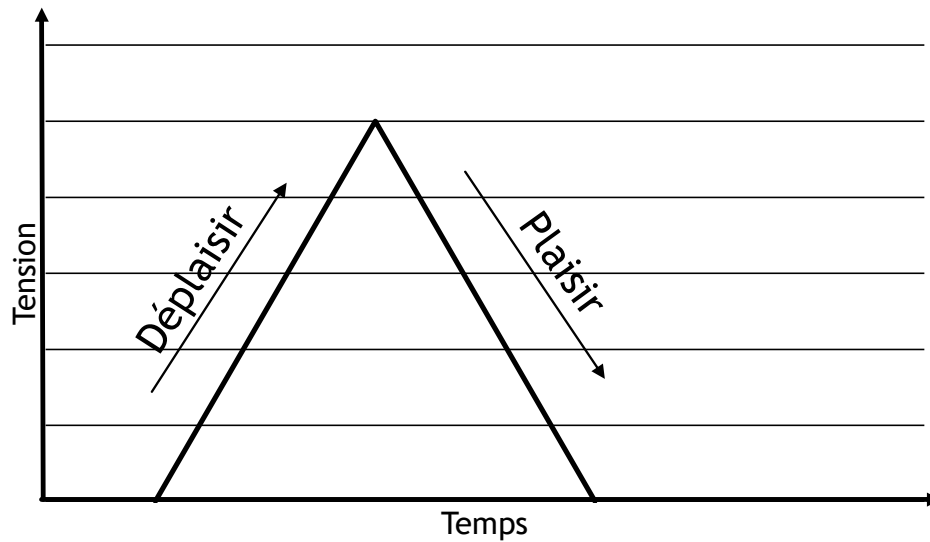




Économie psychique

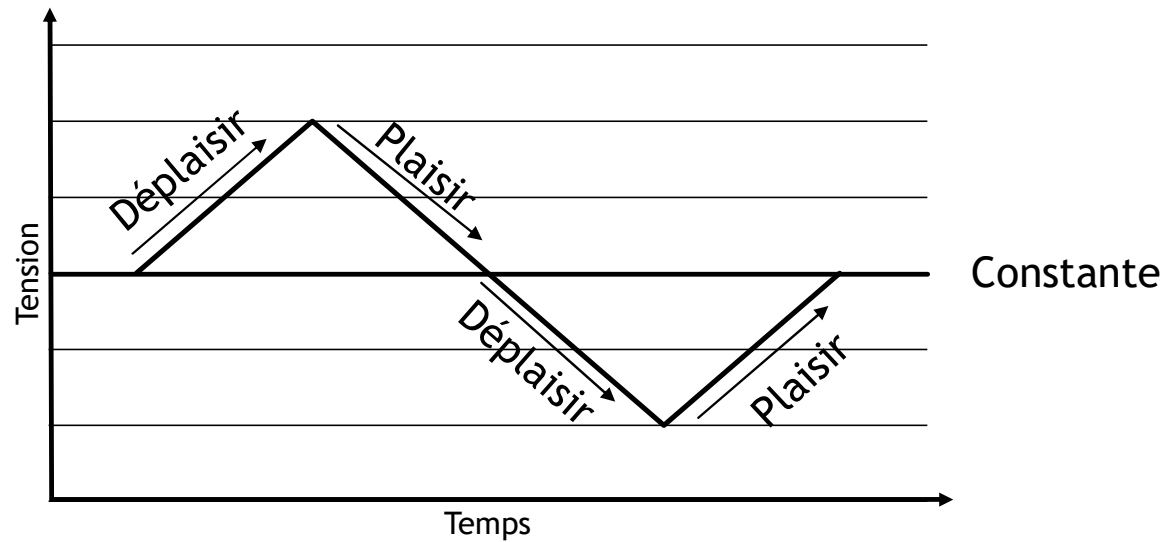
Principe plaisir/déplaisir

- Recherche et évitement ($\nearrow$ tension = déplaisir ; $\searrow$ tension = plaisir)



Notion de seuil

- Valeur de l'affect ($\nearrow$ tension = plaisir, $\searrow$ tension = dépression)



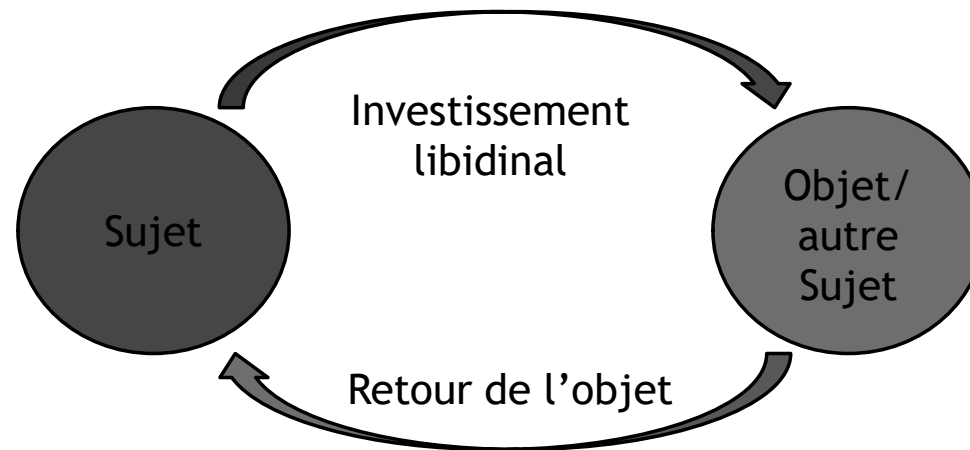
Coexistence des deux modèles

- ▶ Processus primaire :
 - ✓ recherche d'absolu : « principe du Nirvana » (Freud)
 - ✓ jouissance (Lacan)
 - ✓ « tout, tout de suite, tout seul, tout ensemble » (Roussillon)
- ▶ Processus secondaire :
 - ✓ maintient libido pour survie du Moi
 - ✓ fonctionnement qualitatif
 - ✓ décharge → investissement objet



Lien intersubjectif

- ▶ Objet est investi comme un autre Sujet, celui-ci réinvesti à son tour le Sujet (renforcement du Moi)
- ▶ Investissement $\neq$ décharge, car assujetti au principe de réalité



« [...] l'opération par laquelle la réalité est perçue sans être frappée de déni est celle-là même par laquelle le sujet finit par se représenter l'objet comme indépendant de lui, et doté d'une pulsionnalité propre. Ce qui revient à dire que l'opération de perception de la réalité est celle-là même par laquelle le sujet se représente soi-même comme *l'objet de l'objet*, c'est-à-dire comme l'objet des désirs de son objet. On pourrait donc conclure que ce que nous appelons le "principe de réalité" n'est rien d'autre que le "principe de plaisir" d'un *autre*, dont nous sommes l'objet volontaire ou involontaire, et que l'opération d'instauration du "principe de réalité" est celle-là même par laquelle *l'objet de désir* devient *objet désirant*. Ou, dans une formulation plus sommaire : *la réalité, c'est le désir de l'autre*. »

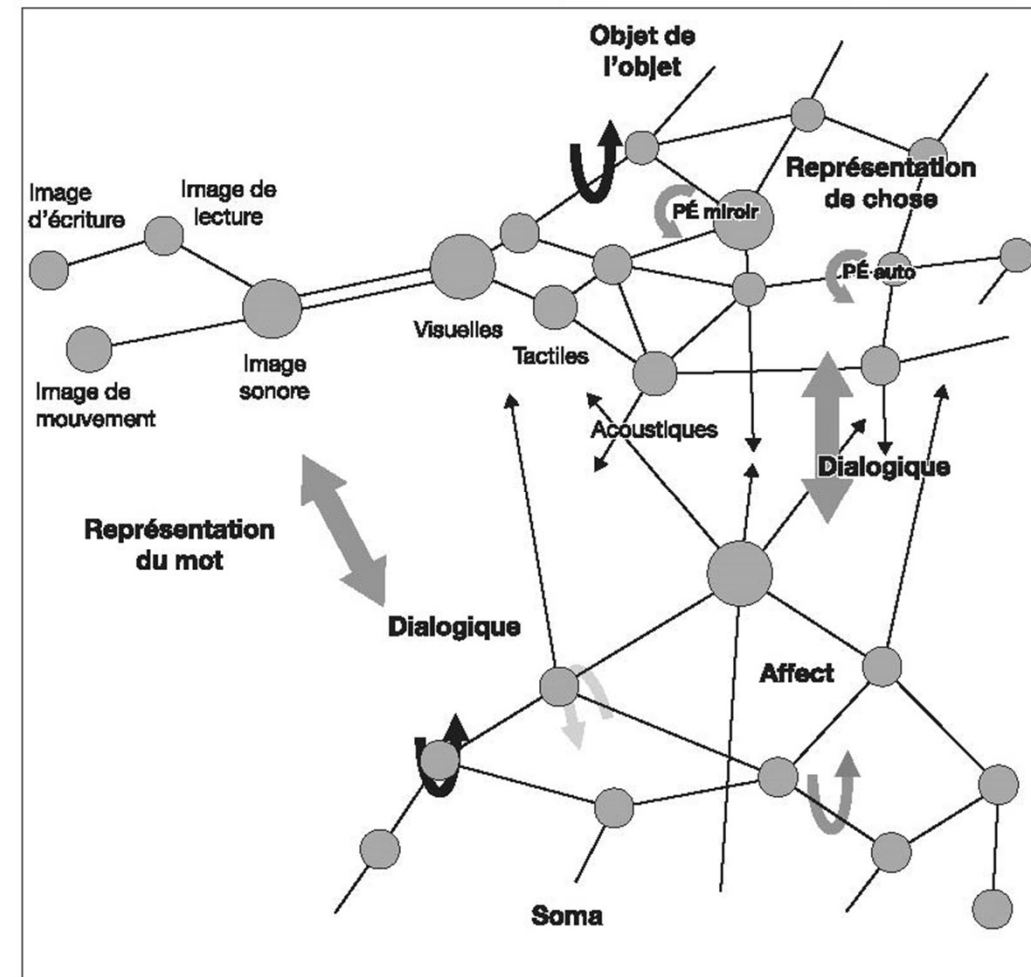
Kapsambelis, V. (2007). Les fonctionnements psychotiques : une psychopathologie psychanalytique. *Psychologie clinique et projective*, 13, 9-33. <https://doi.org/10.3917/pcp.013.0009>

Compulsion de répétition

- ▶ *Au-delà du principe de plaisir*, Freud (1920) : confrontation à la clinique du trauma, de la mélancolie et du masochisme
- ▶ Contrainte de répétition → Pulsion de mort (destructivité)
- ▶ Une répétition jamais tout à fait à l'identique
- ▶ Plusieurs hypothèses :
 - ✓ Répéter pour abrégier (thérapie de la reconsolidation) ;
 - ✓ Répéter pour le plaisir (bénéfice secondaire) ;
 - ✓ Répéter pour chercher une solution (permettre le changement).

Les pulsions

- « Mythologie de la psychanalyse » (Freud)
- Concept limite entre corps et psychisme
- Pulsion doit être représentée :
 - ✓ Affect
 - ✓ Représentation de chose (images)
 - ✓ Représentation de mots (langage)



Les rapports dialogiques relient et articulent la représentation de chose et l'affect, la représentation de mot et l'affect. Les flèches courbes (PÉ) représentent les « propriétés émergentes » des réseaux de connexions des représentants de la pulsion. Roussillon R. (2007). *La représentance et l'actualisation pulsionnelle*, <https://doi.org/10.3917/rfp.712.0339>

4 composantes de la pulsion

- ▶ **Source** : lieu somatique, modèle de l'activité pulsionnelle : orale, anale, phallique, mais également scopique et auditive (cf. De Mijolla-Mellor S. (2017), *Mélodie obsédante et pulsion d'exhumer*, *Topique*, 139(2), 35-44, <https://doi.org/10.3917/top.139.0035>)
- ▶ **Objet** : ce par quoi la pulsion se satisfait ou s'accomplit,
 - ✓ interne = représentation, externe = Autre-sujet,
 - ✓ Moi = objet → investissement narcissique, Autre = objet → investissement objectal qui peut être total ou partiel (partie traitée comme le tout)
- ▶ **Poussée** : impulsion (vécu subjectif : force ou effraction)
- ▶ **But** : modèle du plaisir (actif/passif), inhibé, détourné (renversement, retournement, refoulement), sublimé

Source	Objet	Poussée	But
Orale	Externe/Interne (Soi/nonSoi)	Symbiose/désorganisation	Décharge/Liaison
Anale Phallique	Moi/Autre	Effractif/Intégratif	Au-delà du principe de plaisir/déplaisir
Zones érogènes (génitale, mais aussi scopique, auditive, etc.)	Total/Partiel Perception/Représentation d'objet	Modulée (différence de force, d'intensité, etc.)	Inhibé Détourné Sublimé Actif/Passif



Angoisses et défenses

Angoisse

- ▶ Angoisse n'est pas nécessairement patho → fonction signal
- ▶ Angoisse est une réactivation (Freud) → dimension transnosographique (expérience/trace et situation en écho)
- ▶ Spectre de l'angoisse :



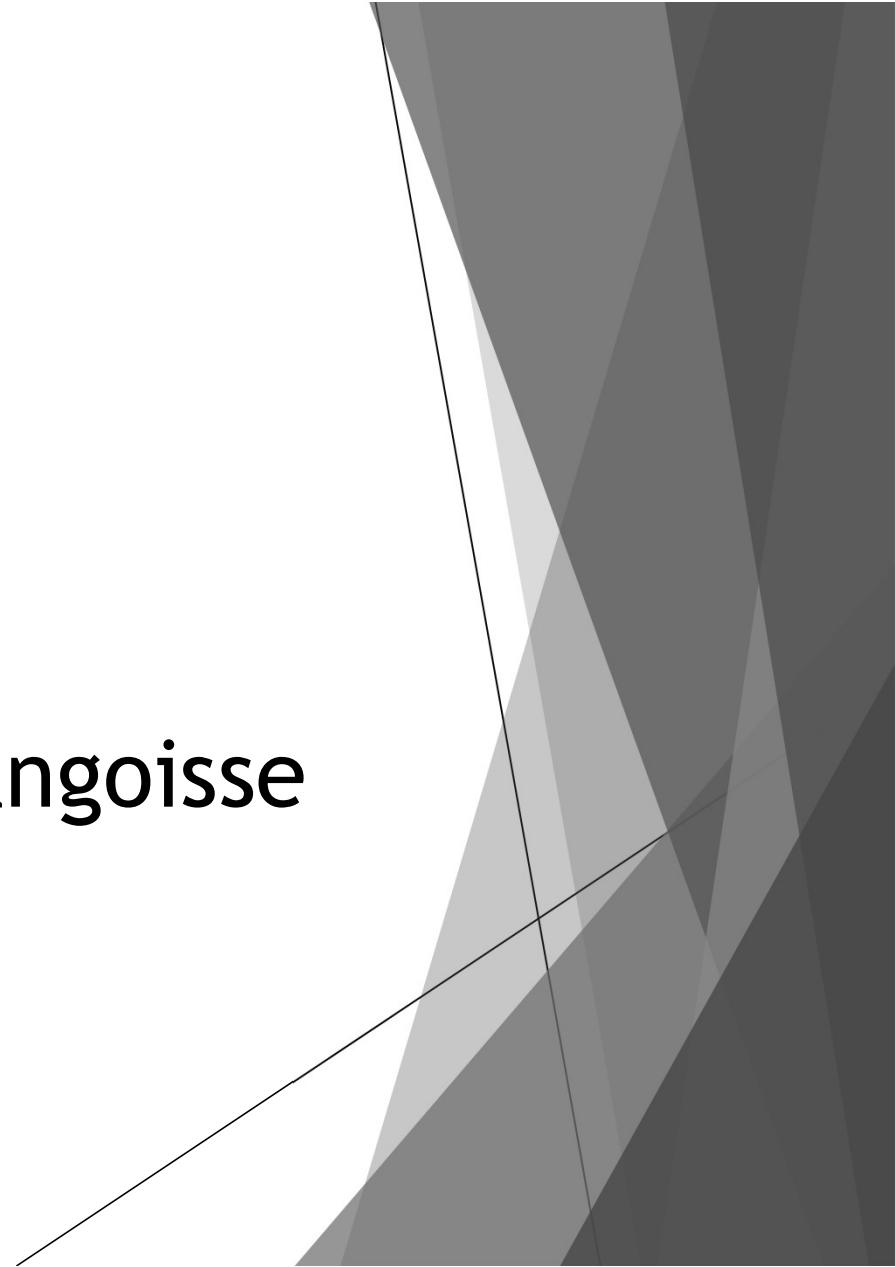
- ▶ Terreur agonistique (« terreur sans nom », Bion) : « des expériences de tension et de déplaisir sans représentation (ce qui ne veut pas dire sans perception ni sans sensation), sans issue, c'est à dire sans recours interne (ceux-ci ont été épuisés) ni recours externe (ceux-ci sont défaillants), des états au-delà du manque et de l'espoir » (Roussillon, *Agonie, clivage et symbolisation*, 1999)

Plan

Angoisses	Défenses
Primitives	
Processus séparation/individuation	
Différences sexes et générations	

Les différentes formes de l'angoisse

1. Angoisses primitives



Que sont les angoisses primitives ?

« Touchant le sujet au niveau de son « être », ces souffrances montrent la déstabilisation de la psyché au niveau de son double étayage (Kaës, 1993), sur le corps d'un côté (avec les troubles somatiques ou hallucinatoires), sur le groupe ou le social de l'autre (avec les troubles des comportements ou antisociaux). Dans ce registre archaïque de la psyché, ces « angoisses primitives » sont paradoxalement dénuées d'émotion, d'affect, d'où la grande « variété » des différentes issues psychopathologiques : l'affect peut être réprimé comme dans les troubles à expression psychosomatique (voir les travaux de l'école psychosomatique de Paris), rendu confus comme dans les processus psychotiques ou dénié dans les troubles comportementaux. »

Mellier, D. (2018). Un modèle intersubjectif de la métapsychologie avec Bion. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 8, 33-68. <https://doi.org/10.3917/jpe.016.0033>

Angoisse d'anéantissement

- ▶ M. Klein → angoisses primaires = peur d'être détruit par pulsion de mort
- ▶ DW. Winnicott → sentiment de désintégration, d'annihilation
- ▶ L'attaque de panique ≠ la crainte d'une catastrophe à venir [irreprésentable], mais lutte contre retour de l'expérience irreprésentée, Winnicott (1974), *La crainte de l'effondrement*.
- ▶ Importance du *holding* et du *handling* parental

Faire face à l'angoisse : les 3 temps de l'expérience (Winnicott)

- ▶ **Temps X** : appareil psychique menacé → menace de débordement (immaturité de ses moyens, intensité) → ressources internes pour lier ou « décharger » (satisfaction réelle ou « hallucinatoire » du désir, auto-érotismes, ou destructivité etc...)
- ▶ **Temps X+Y** : épuisement des ressources internes → état de manque (traces des expériences de satisfaction dans le lien à l'objet) → satisfaction par l'objet (conflit d'ambivalence et contrat narcissique)
- ▶ **Temps X+Y+Z** : Si l'objet ne se présente pas, ou si la réponse qu'il apporte au besoin du sujet est trop insatisfaisante, ou encore si le prix à payer pour obtenir un recours de celui-ci excède les capacités du sujet → terreur agonistique → traumatisme (impasse subjective, culpabilité, clivage et ambiguïté)

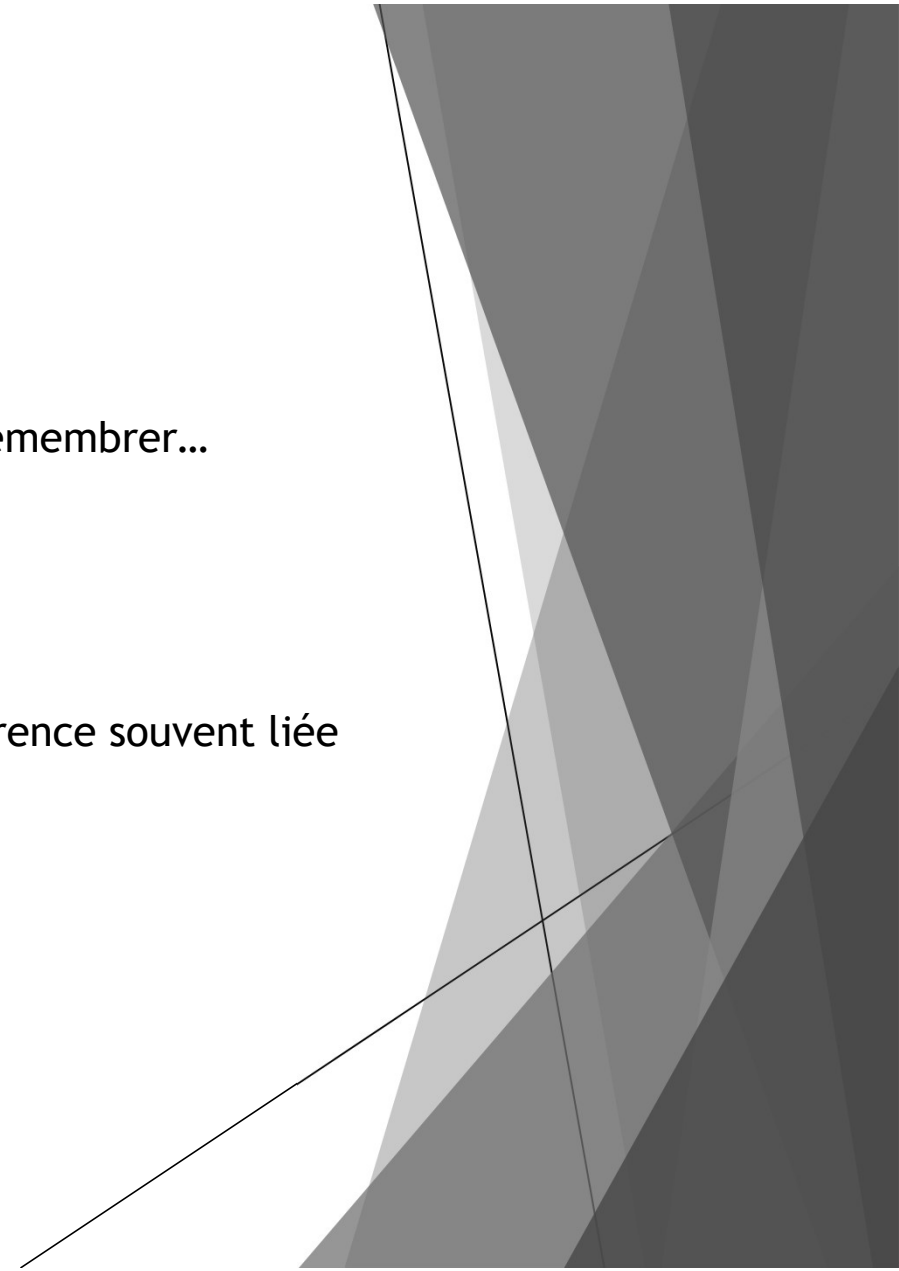
Focus : le contrat narcissique

- ▶ L'individu est à lui même sa propre fin et en même temps membre d'une chaîne à laquelle il est assujetti
- ▶ Le narcissisme primaire de l'enfant s'étaye sur celui des parents (notamment des « rêves non-réalisés » et des générations qui les ont précédés ont soutenu, positivement ou négativement
- ▶ L'institution soutient le renoncement pulsionnel en contrepartie de l'investissement par elle du sujet

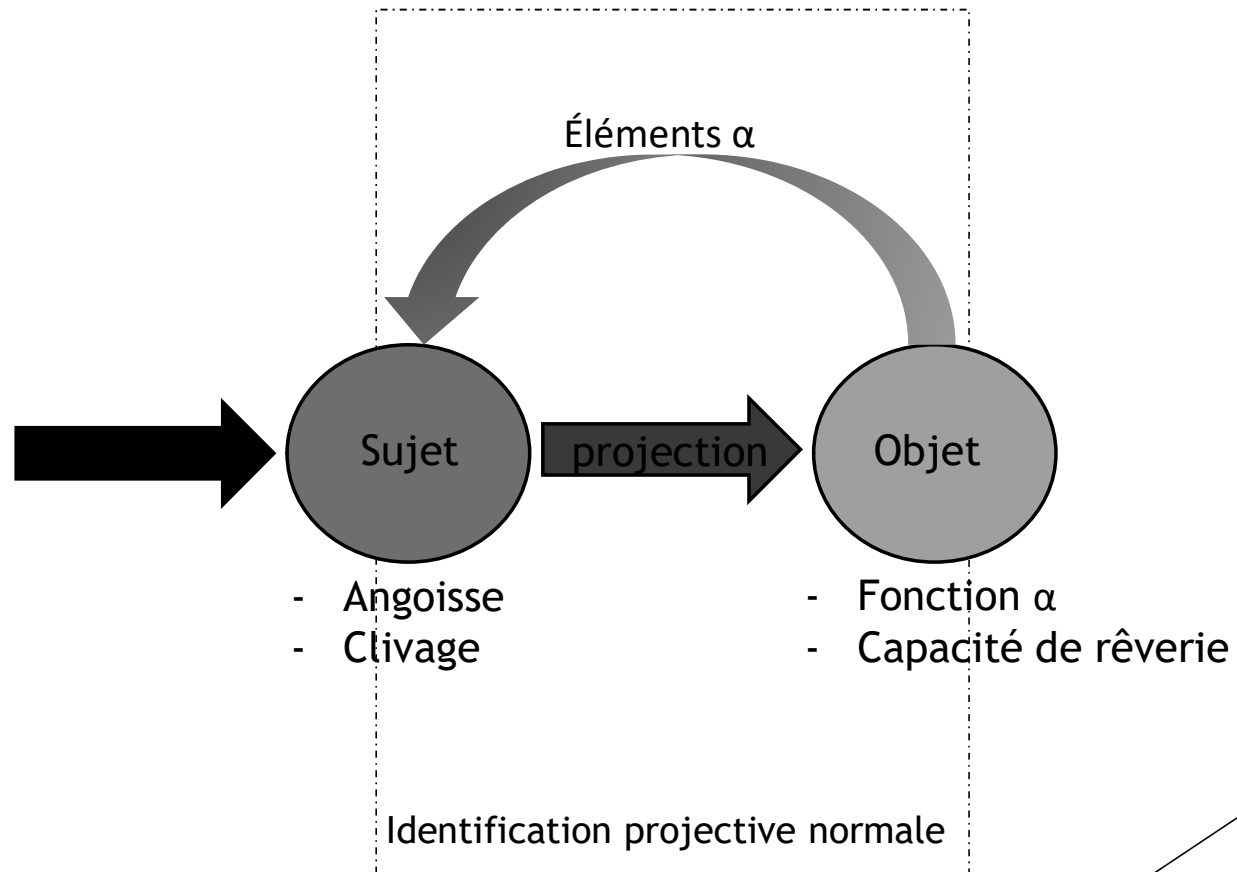
Aulagnier P. (1975) *La Violence de l'Interprétation, du pictogramme à l'énoncé*
et Kaës R. (2007) *Un singulier pluriel*

Angoisse de morcellement

- ▶ Sensation de partir en morceaux, de se fragmenter, de se démembrer...
- ▶ Processus psychotique (le plus souvent)
- ▶ Suppose que quelque chose a été construit → perte de cohérence souvent liée à la perte de l'objet (fonction de contenance)

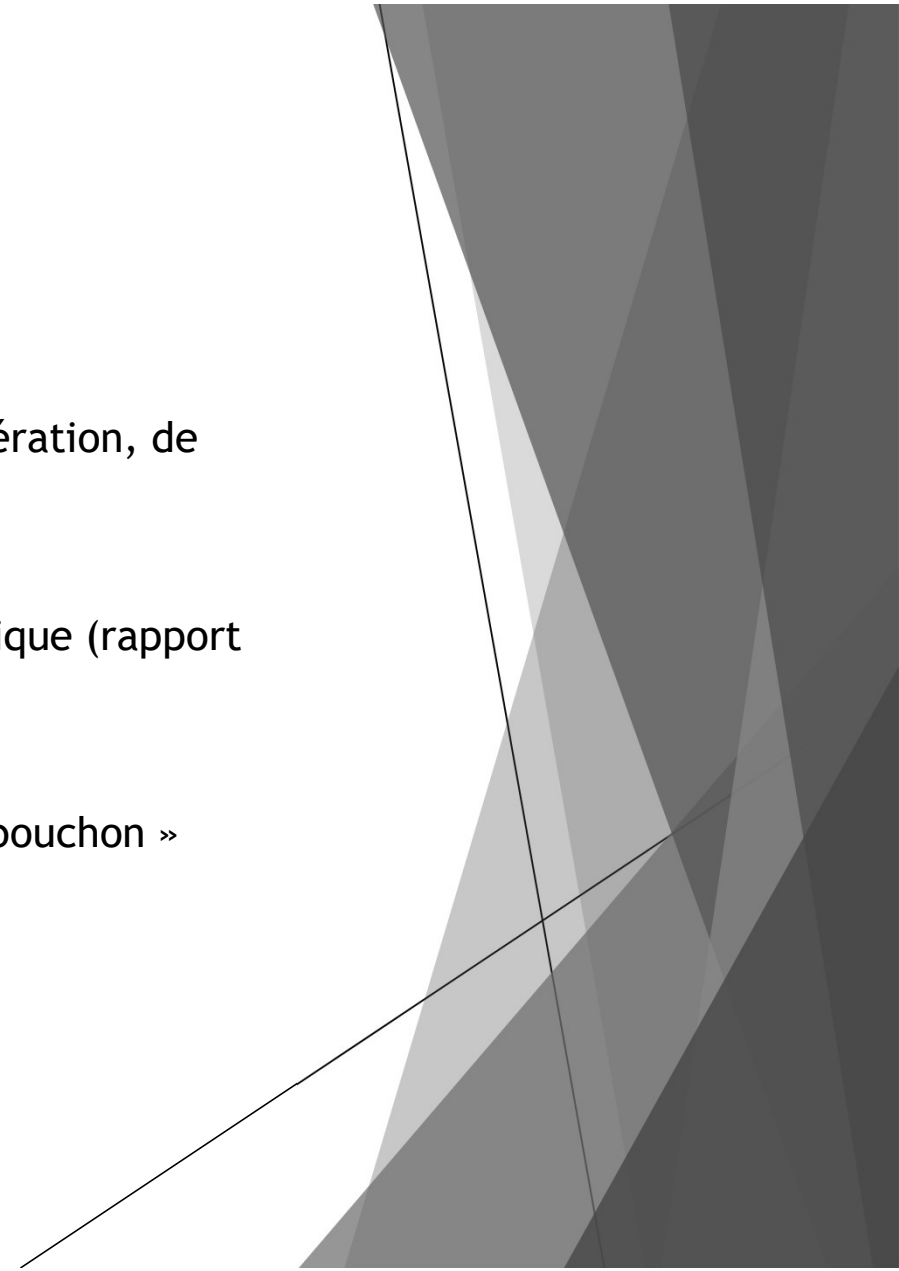


Focus : fonction contenante (Bion)



Angoisse de vidage

- ▶ Angoisse de perdre son intérieur, d'une hémorragie, d'éviscération, de liquéfaction, etc.
- ▶ Suppose la mise en place d'une enveloppe corporelle/psychique (rapport contenant/contenu ; dedans/dehors)
- ▶ Hémorragie narcissique → recherche d'un objet qui fasse « bouchon »



Les différentes formes de l'angoisse

2.angoisses liées aux processus séparation/différenciation



Angoisse d'intrusion

- ▶ Présuppose différenciation sujet/objet
- ▶ Ce que le sujet à projeté fait retour sans être reconnu (défaut d'agentivité)
→ sentiment étrangeté, persécution
- ▶ Renversement : fantasme de pénétrer et de contrôle de l'objet de l'intérieur
- ▶ Processus psychotiques : hallucination, persécution, etc. mais également dans les organisations limites ou névrotiques

Angoisses de perte

- ▶ Plus l'objet prend forme et conserve une certaine continuité, plus l'angoisse devient spécifique :
 - ✓ Version archaïque : perte de support, d'appui (angoisse de chute sans fin)
 - ✓ Version dépressive : perte de l'objet dont la présence est pensée comme vitale

Les différentes formes de l'angoisse

3.angoisses liées à la différence des sexes/génération

Angoisse de castration

- ▶ Théorisé dans le complexe d'Œdipe : garçon redoute que le désir envers sa mère + haine envers la mère → une vengeance/la perte du pénis
- ▶ Triangulation et Loi
- ▶ Accès à la culpabilité, enjeux actif/passif
- ▶ Pénis comme représentant du phallus symbolise pouvoir, capacité productive/créative
- ▶ Crainte de perdre sa force, sa créativité, sa capacité de travail, de séduction, etc.
- ▶ Sexualisation de l'angoisse de morcellement



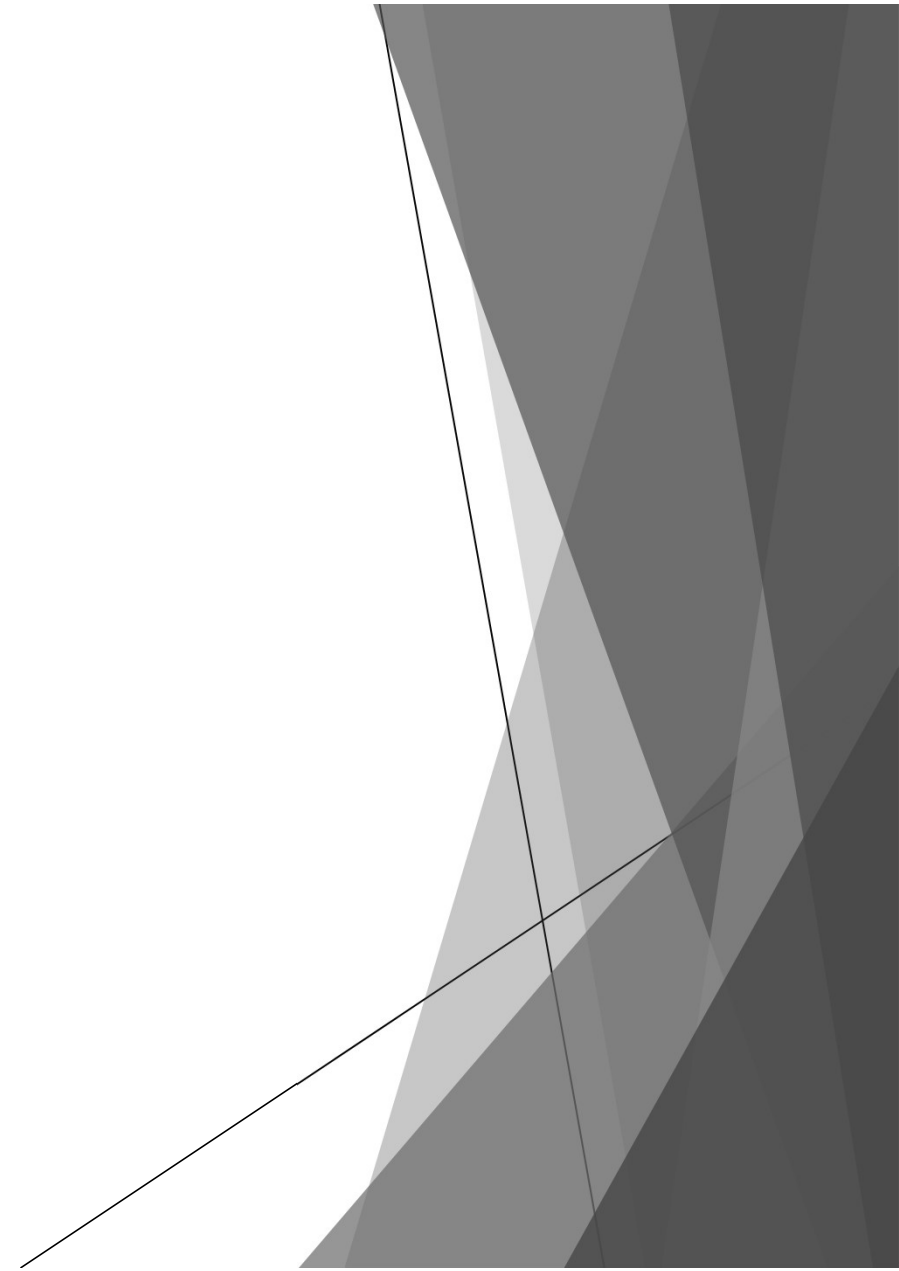
Angoisse de pénétration

- ▶ Angoisse d'intrusion, de viol
- ▶ Lié au désir et punition de ce désir (modèle œdipien, mais la fille n'est pas un « petit homme »)
- ▶ Sexualisation de l'angoisse d'intrusion, défense contre passivation, défense contre le féminin en l'autre et en soi (question de l'altérité dans la différence des sexes)

Schaeffer, J. (2016). Au-delà du phallique : le féminin. *Le Coq-héron*, 226, 85-86. <https://doi.org/10.3917/cohe.226.0085>

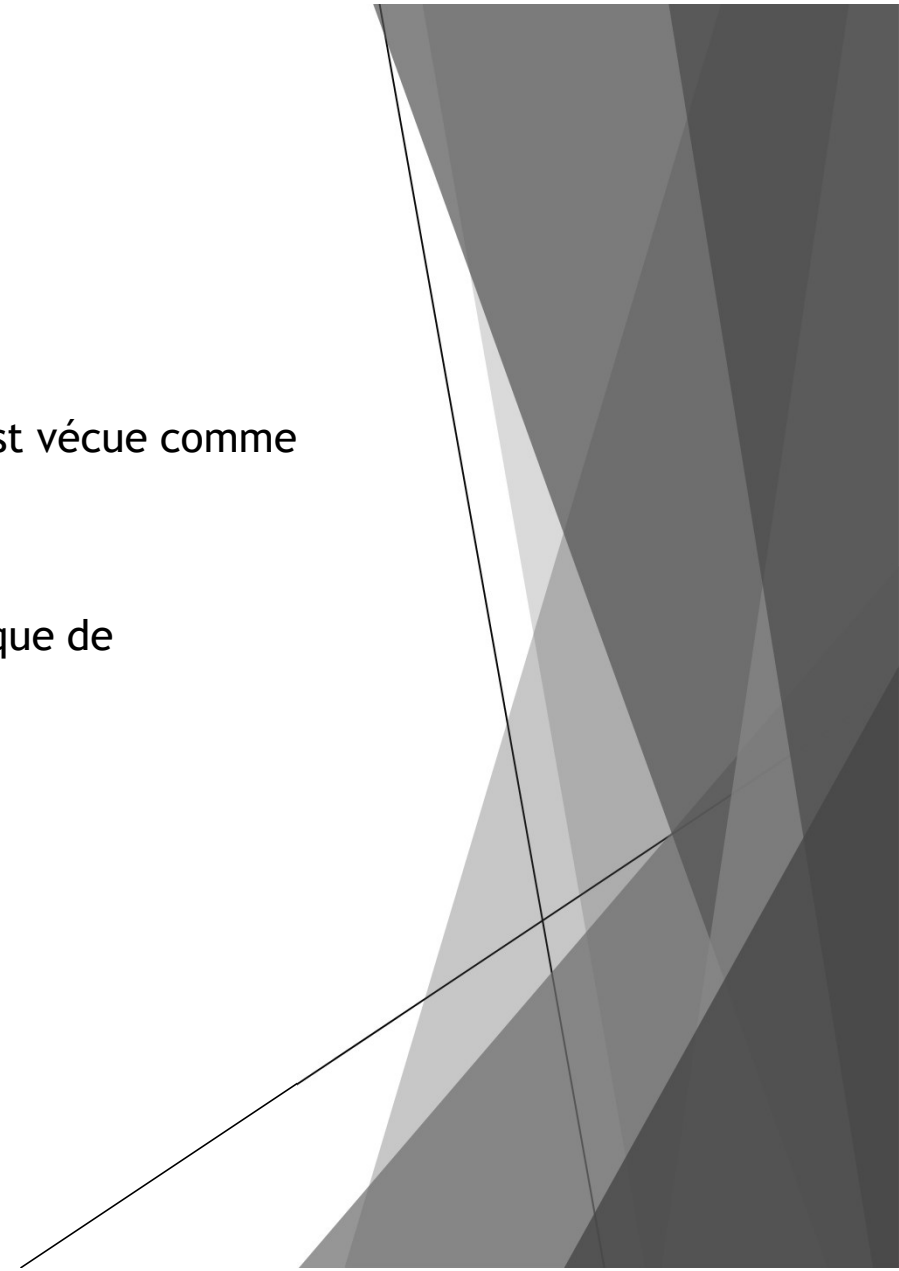
Les défenses

1. Défenses primitives



Agrippement/cramponnement

- ▶ Agrippement à une personne ou à une chose dont la perte est vécue comme dramatique
- ▶ En lien avec pulsion d'emprise
- ▶ Moins destiné à lutter contre la séparation que contre le risque de désintégration du sujet



Démantèlement

- ▶ Typique des fonctionnements autistiques (Meltzer)
- ▶ Vécu submergeant d'un stimulus sollicitant les cinq sens simultanément → désintrication des différentes sensorialités et centration sur une seule forme sensorielle (balancements, fixation du regard, manipulation d'objets, etc.)
- ▶ Normal chez l'enfant dans un processus mantèlement/démantèlement qui permet à l'enfant de commencer à percevoir qu'il existe une source commune de ses différentes sensations qui lui est extérieure (noyau d'intersubjectivité primaire)

Golse, B. (2016). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. *Figures de la psychanalyse*, 31, 121-134. <https://doi.org/10.3917/fp.031.0121>

Déni

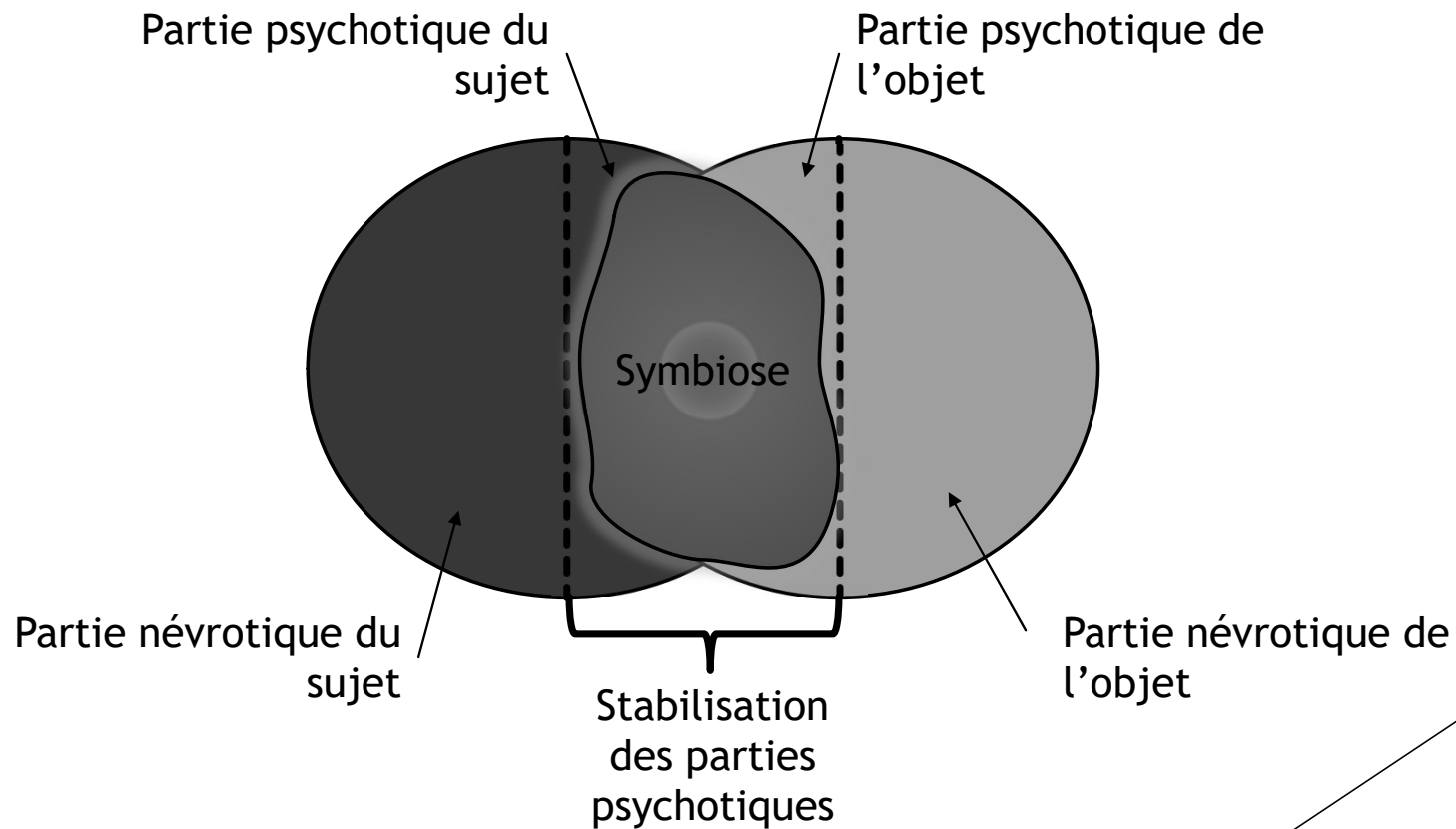
- ▶ Refus d'une perception
- ▶ En deçà de la représentation (« hallucination négative » Green) $\neq$ dénégation
- ▶ Évitement associatif peut aboutir au clivage et à la construction d'une néo-réalité

Clivage du moi

- ▶ Séparation du moi en (au moins) deux parties :
 - ✓ Une partie qui reste en contact avec la réalité
 - ✓ Une partie qui crée un néo-réalité délirante
- ▶ Délire (construction psychique) ≠ hallucination (sensation)
- ▶ Délire : une tentative de liaison symbolique secondaire (faire récit) de l'expérience traumatique non symbolisée primairement



Focus : Symbiose et ambiguïté (Bleger)

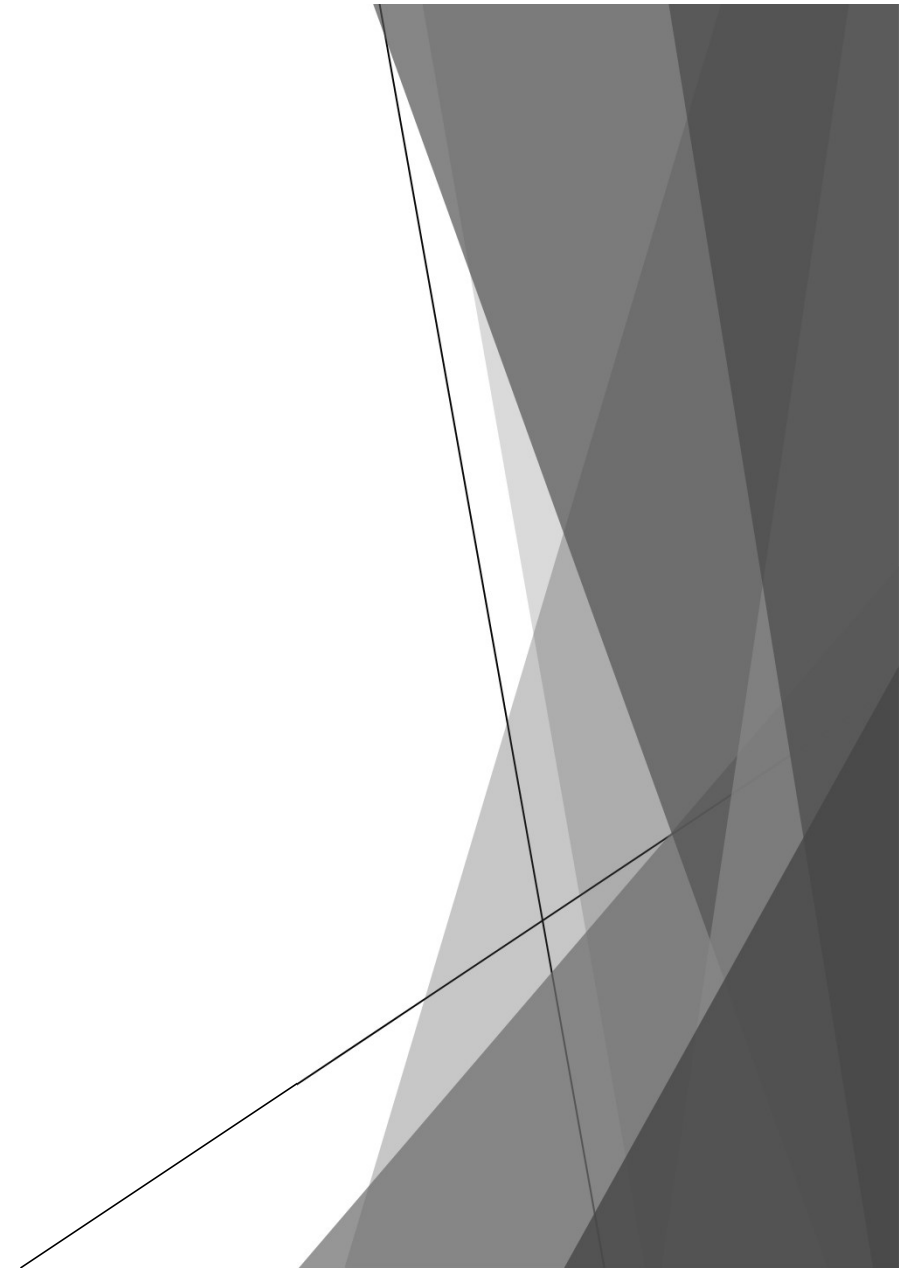


Diapositive 33

AC1 Anrochte Cyprien; 20/04/2023

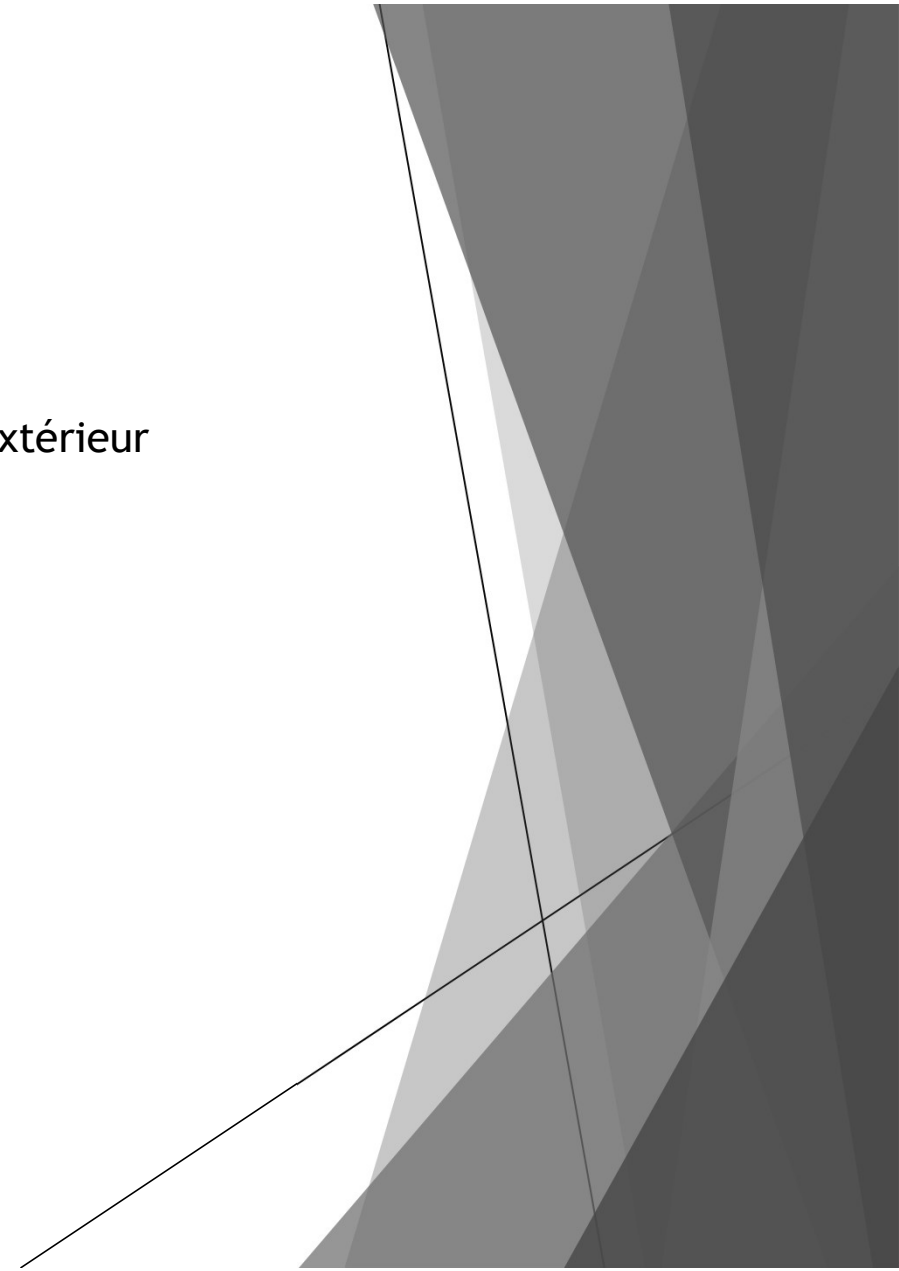
Les défenses

2. Défenses et processus séparation/individuation



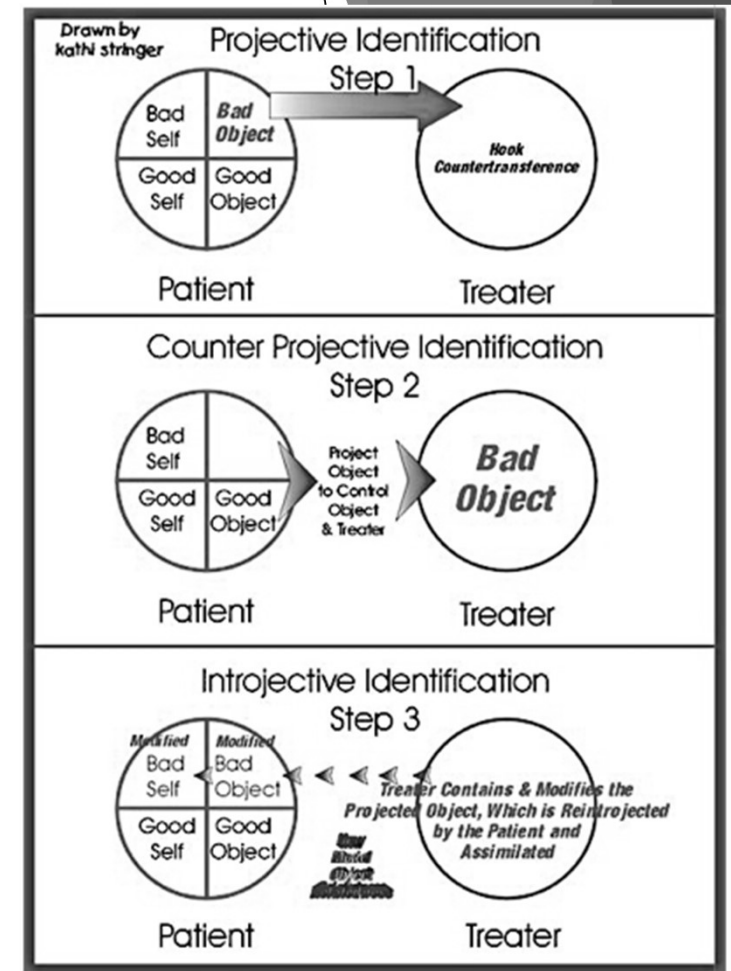
Projection

- ▶ Echec du refoulement en projetant un danger intérieur en extérieur
- ▶ 3 temps (Freud, *Président Schreber*, 1911) :
 1. J'aime cet homme ;
 2. Je ne l'aime pas, je le hais (renversement) ;
 3. Je ne le hais pas, c'est lui qui me hait.



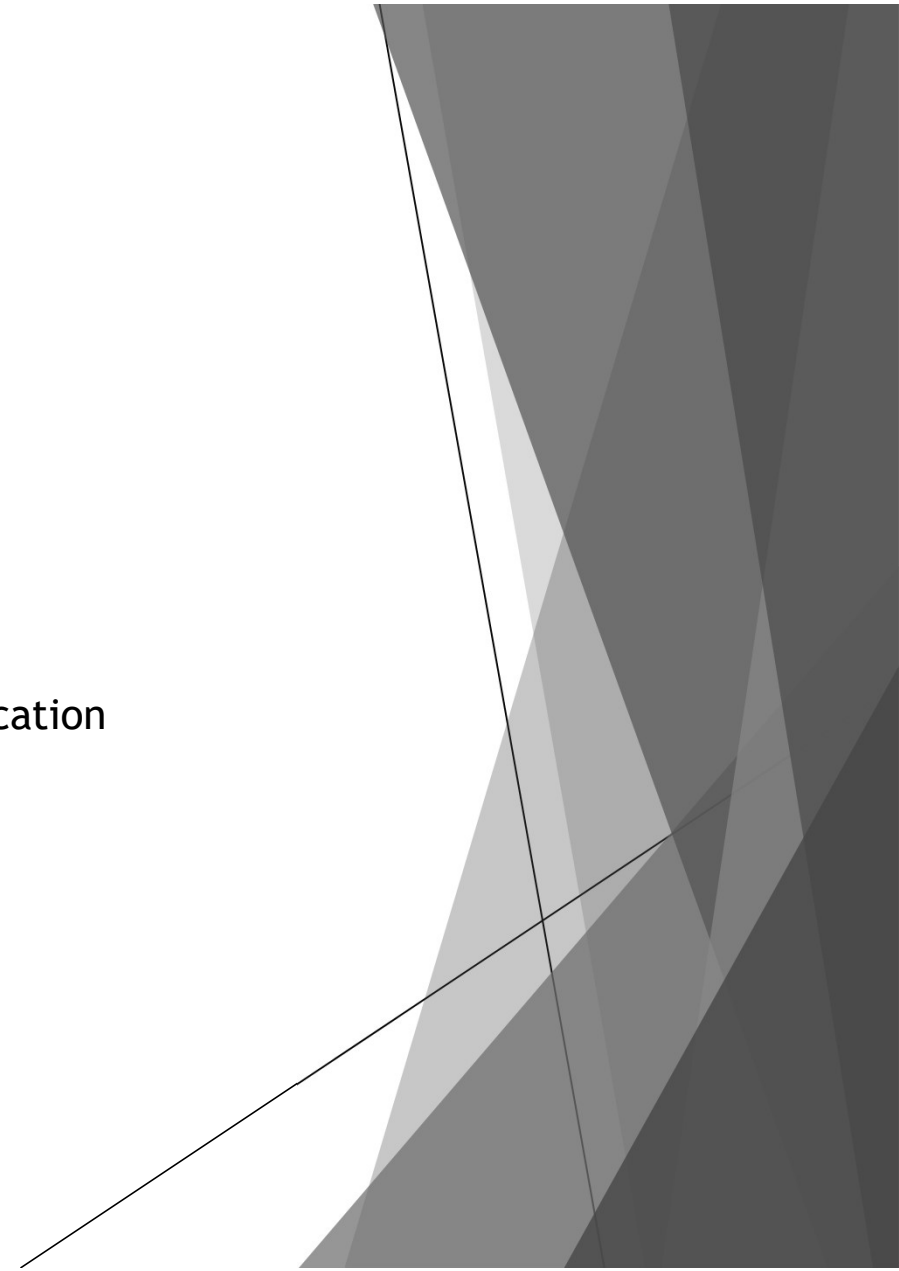
Identification projective

- Projection d'un contenu mental insupportable dans l'objet
- Identification projective normale (Bion) : introduire dans l'objet un état psychique pour entrer en communication avec lui à propos de cet état (fonction α)
- Identification projective pathologique : évacuation d'un état douloureux pour obtenir un soulagement immédiat et prise de possession d'un objet extérieur qui devient une extension du moi

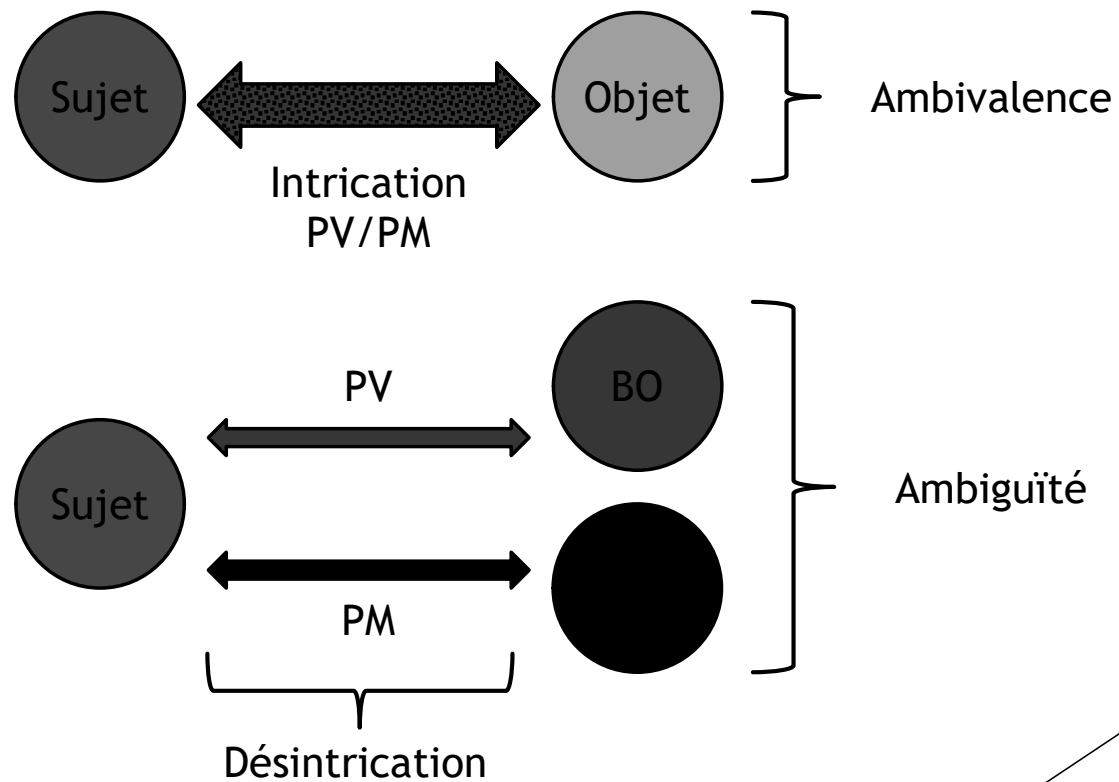


Clivage de l'objet

- ▶ Objet scindé en 2 :
 - Le bon objet : source de satisfaction, de réconfort
 - Le mauvais objet : abandonnique, persécuteur
- ▶ Non-élaboration de la position dépressive → absence d'intrication pulsionnelle

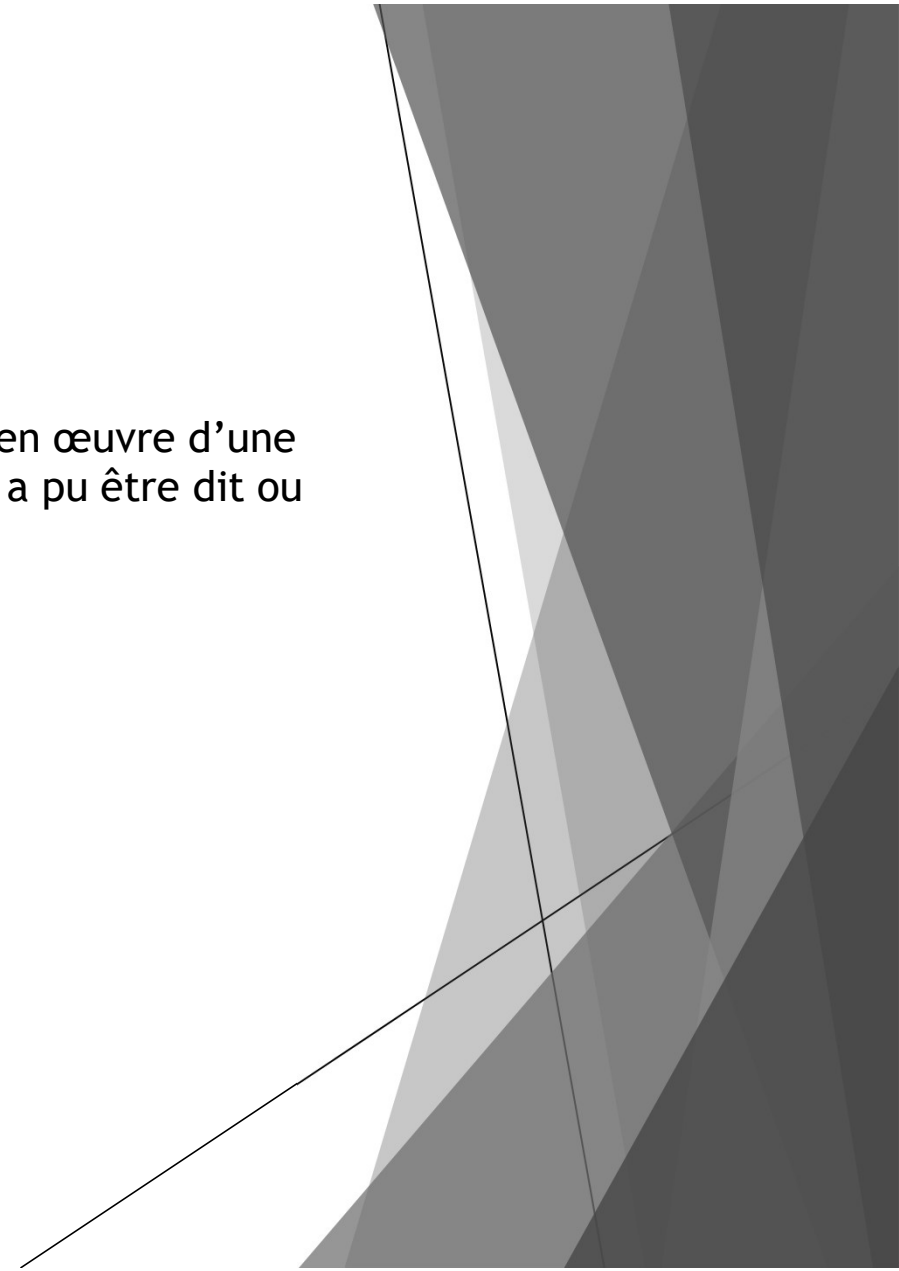


Focus : clivage et désintrication pulsionnelle



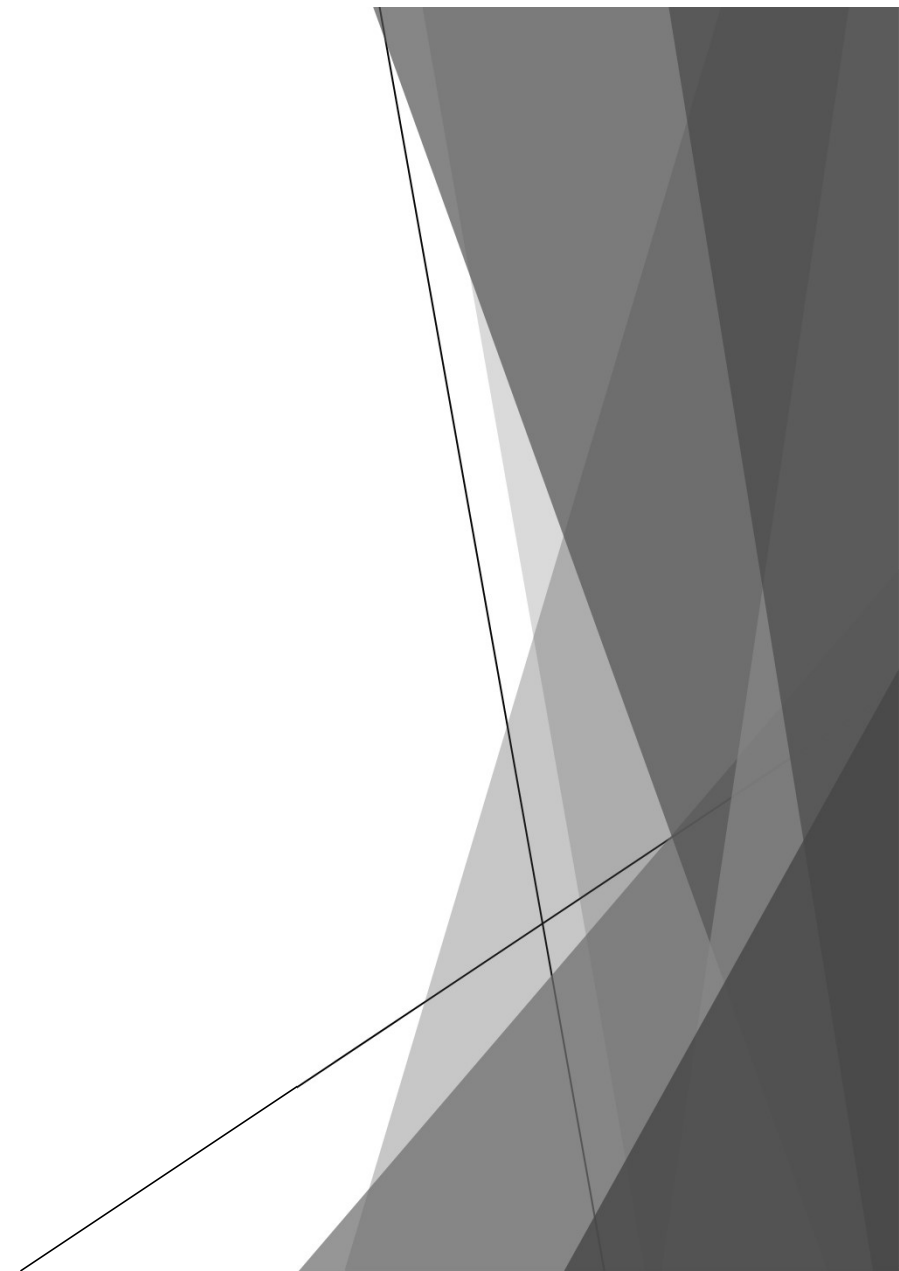
Annulation rétroactive

- ▶ Une attitude ou une représentation est annulée par la mise en œuvre d'une seconde attitude ou représentation → effacement de ce qui a pu être dit ou fait
- ▶ Maintient de l'omnipotence



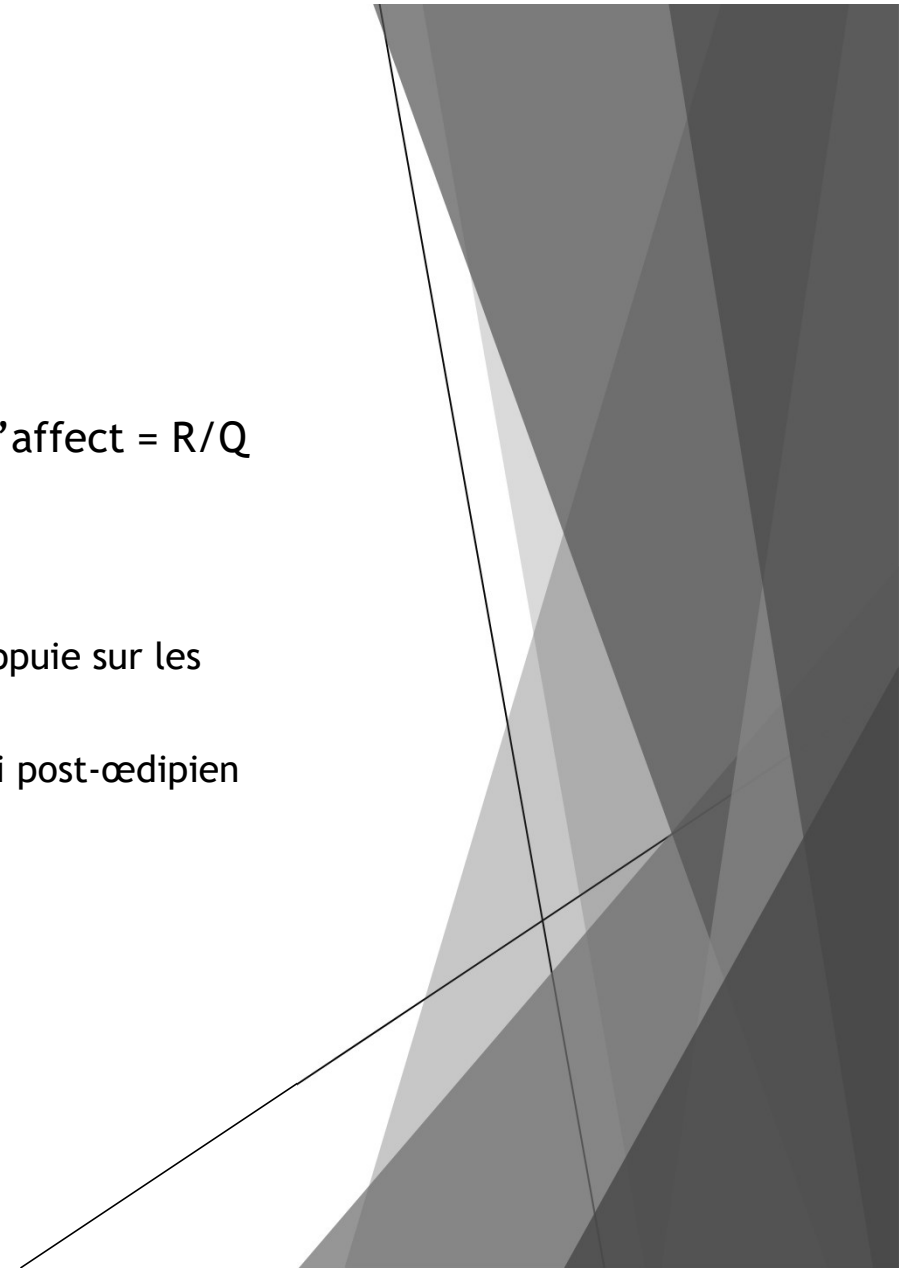
Les défenses

3. Défenses et différences des sexes et générations



Le refoulement

- ▶ Freud (1958) : Toute représentation est liée à un quantum d'affect = R/Q
- ▶ Refoulement disjoint le lien R/Q
- ▶ Distinction :
 - ▶ Refoulements primaires : pré-œdipien, constitutif de l'ICS, s'appuie sur les interdits moraux de l'environnement
 - ▶ Refoulements secondaires : en lien avec l'émergence du surmoi post-œdipien



LE RETOUR DU REFOULÉ

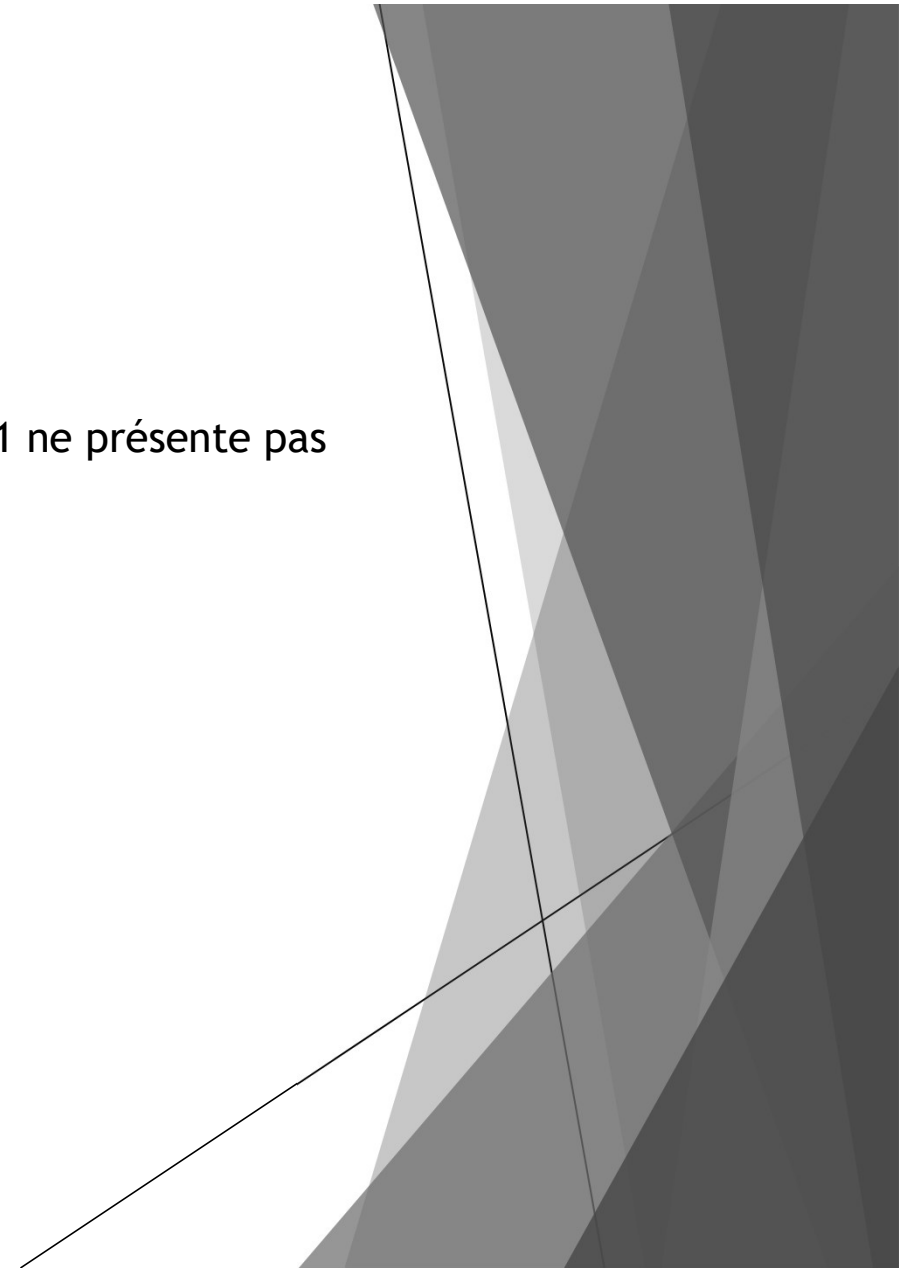
« Le retour du refoulé est le processus par lequel les éléments refoulés, conservés dans l'inconscient, tendent à réapparaître dans la conscience ou dans le comportement par l'intermédiaire de formations dérivées plus ou moins méconnaissables » *Dictionnaire international de la psychanalyse*

Déplacement

- ▶ Plasticité du lien R/Q : refoulement de $R \rightarrow$ libération de Q qui va se lier avec une nouvelle représentation R' en lien associatif avec $R \rightarrow R'/Q$
- ▶ Ex : théorie freudienne de la phobie

Contre-investissement

- ▶ À la différence du refoulement la nouvelle représentation R1 ne présente pas de lien associatif avec R
- ▶ R1 vise à bloquer le retour du refoulé



Formation réactionnelle

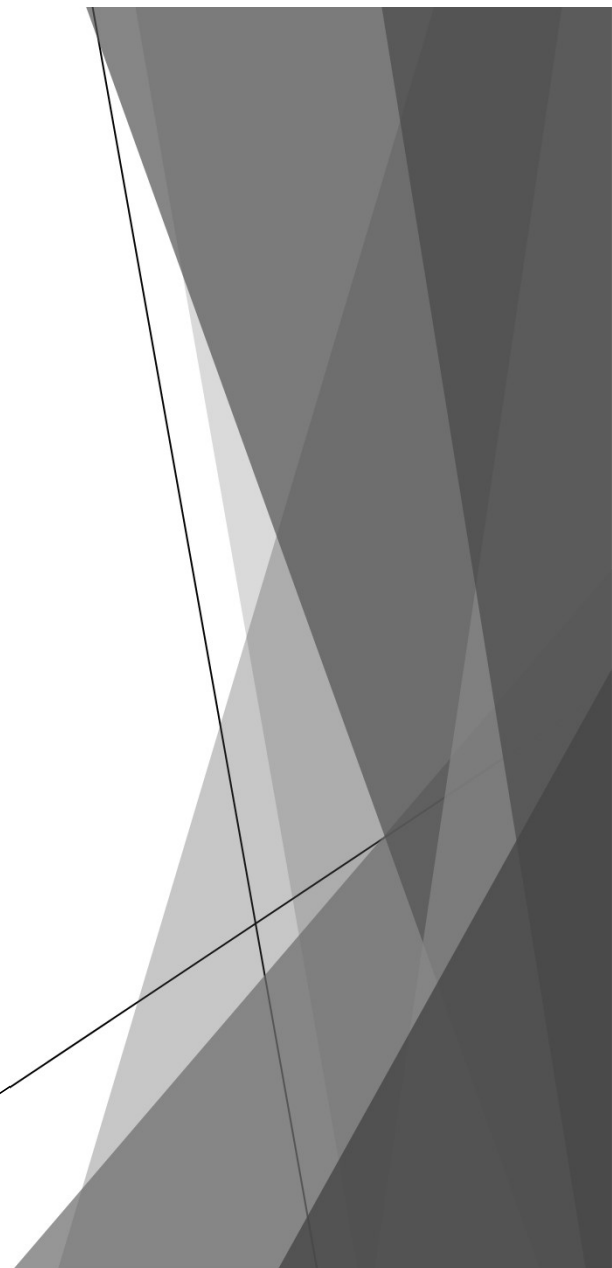
- ▶ La représentation est maintenue mais Q est remplacé par le quantum d'affect opposé (-Q)
- ▶ $R/Q \rightarrow -R/Q$
- ▶ Ex : haine d'une personne $\rightarrow$ refoulement de la haine $\rightarrow$ remplacée par extrême sollicitude

Dénégation

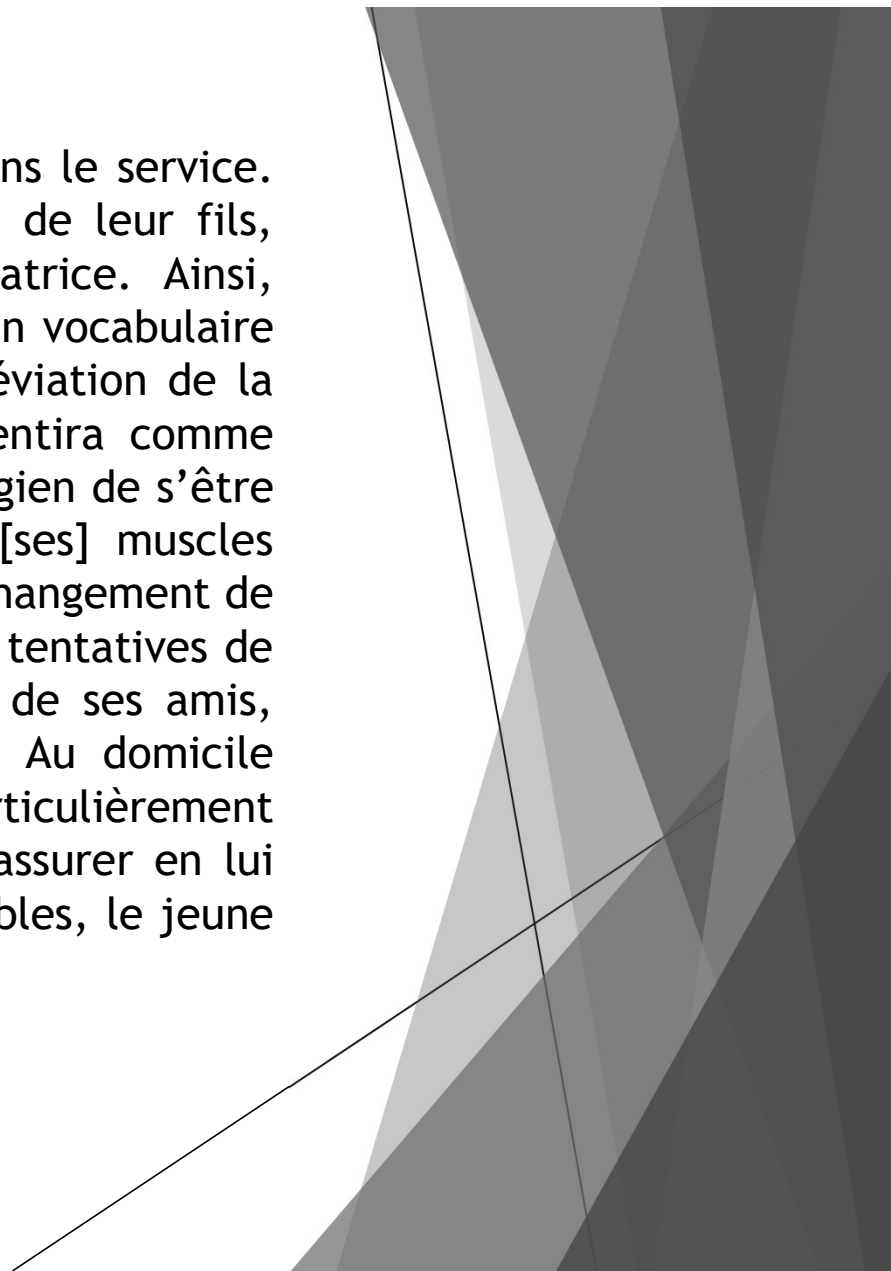
- ▶ Le sujet refuse de reconnaître que la représentation le concerne
- ▶ « Cette femme dont j'ai rêvé, non, ce n'est pas ma mère » (Freud, *La Négation*, 1925)



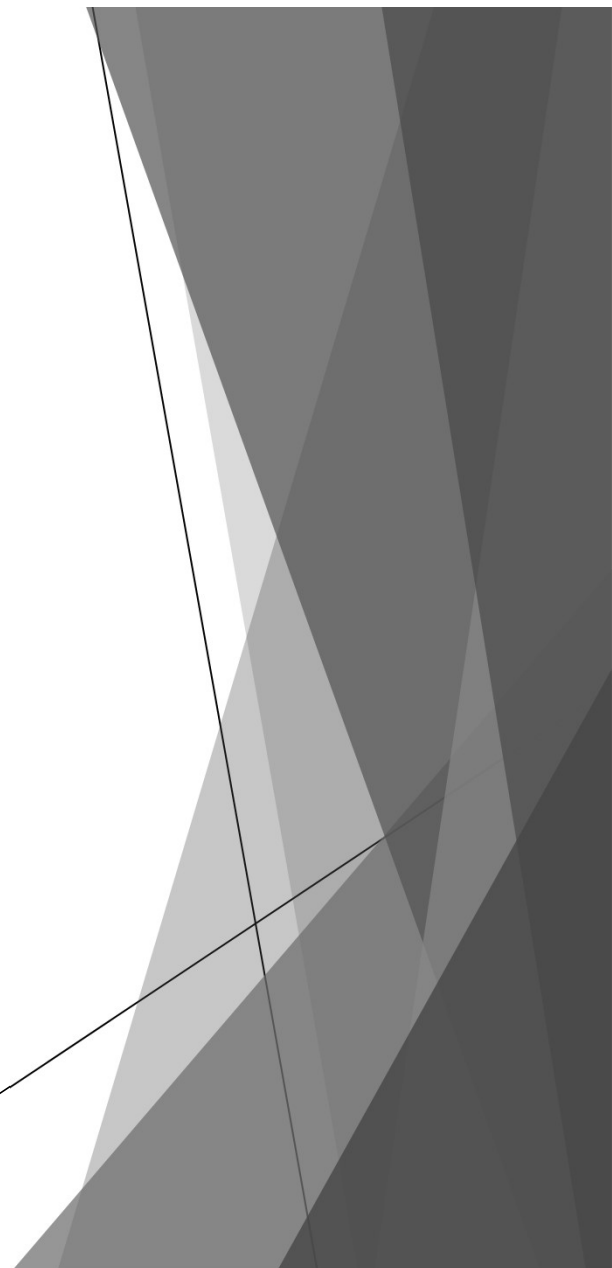
Enfant, Siegfried est décrit comme surdoué par ses parents. Sachant lire à trois ans, il a facilement de bons résultats scolaires. Doué en sport, il a joué au foot comme avant-centre dans le club local. Les parents évoquent ainsi une enfance où tout semble lui réussir, si ce n'est une rivalité avec sa sœur aînée qui s'est ensuite apaisée à l'adolescence. Celle-ci, étudiante en psychologie, vit dans son propre logement à Rennes. Leurs rapports actuels sont plutôt bons même si, dernièrement, Siegfried supporte mal que sa sœur cherche à lui parler de ses troubles du comportement. Son père est officier de police, actuellement en longue maladie pour des problèmes somatiques et est décrit comme autoritaire par son fils. La mère était infirmière, avant de s'arrêter pour s'occuper de ses enfants. Elle semble plutôt effacée et a eu plusieurs épisodes de dépressions dont on parle très peu dans la famille.



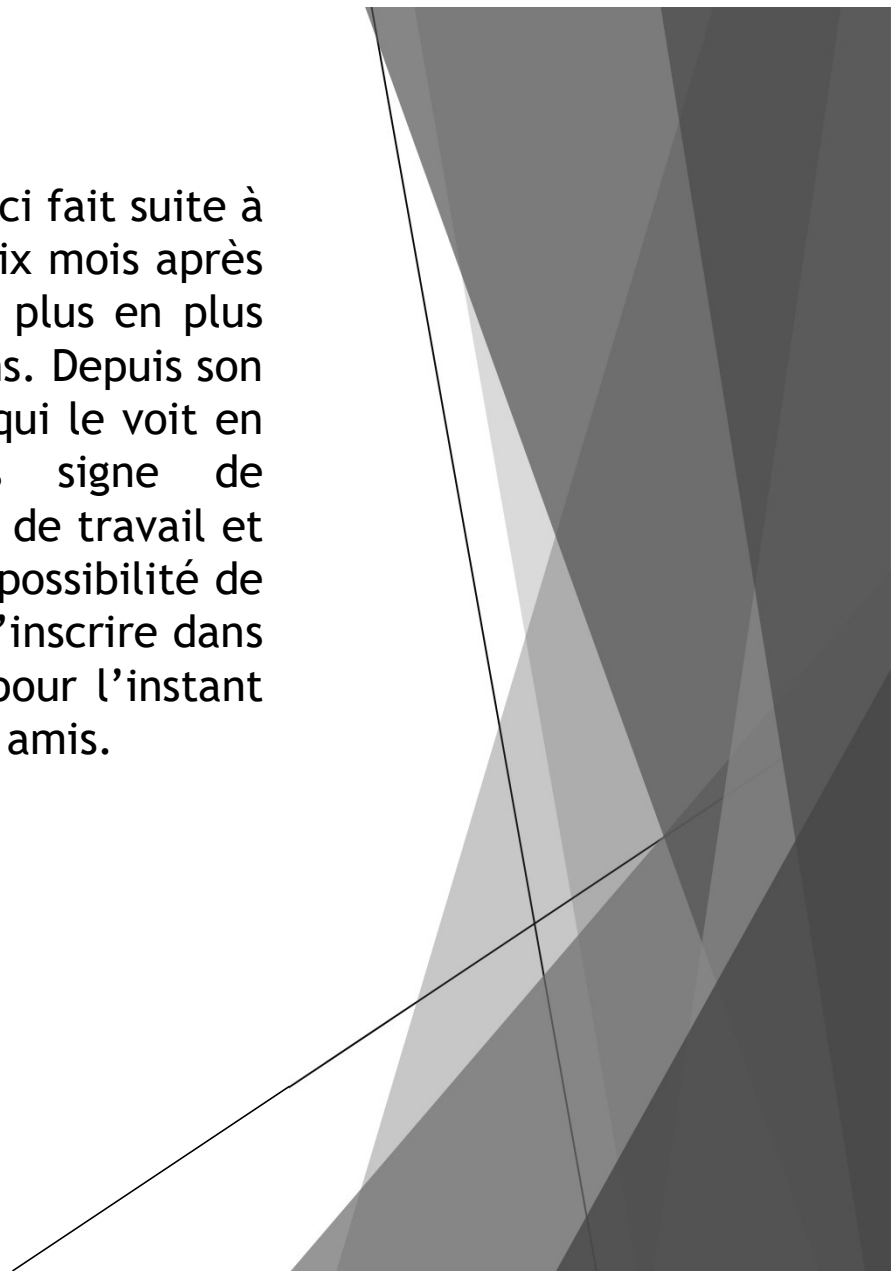
Siegfried a 22 ans lorsqu'il est hospitalisé la première fois dans le service. Ses parents décrivent un repli sur soi et une déscolarisation de leur fils, depuis environ un an, à la suite d'une rhinoplastie réparatrice. Ainsi, Siegfried explique en entretien avec de nombreux détails et un vocabulaire médical adapté qu'il a dû subir une opération du nez due déviation de la cloison nasale ancienne qui le gênait pour respirer. Il se sentira comme profondément défiguré par cette opération, accusant le chirurgien de s'être « amusé à faire de la chirurgie esthétique en touchant à [ses] muscles faciaux ». Aucun de ses proches n'a remarqué un quelconque changement de l'apparence de Siegfried, mais celui-ci reste insensible à leurs tentatives de réassurance. Siegfried, ne supportant pas son image, s'isole de ses amis, arrête d'aller à l'université où il suit un master de droit. Au domicile familial, une tension naît entre Siegfried et ses parents et particulièrement avec son père. En effet, lorsque ses parents tentent de le rassurer en lui disant que les changements physiques visibles sont imperceptibles, le jeune homme les accuse d'être complices du chirurgien.



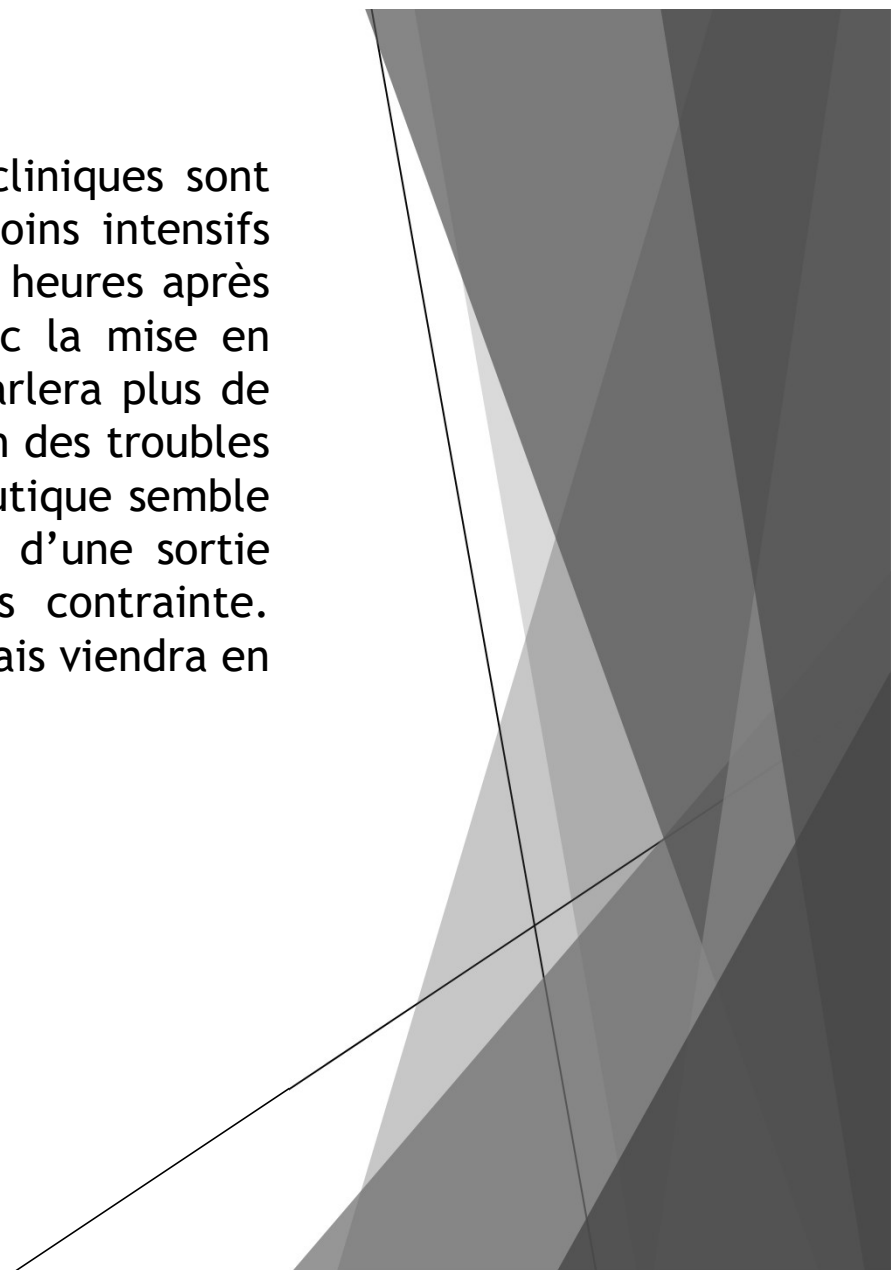
Suite à une dispute avec son père, Siegfried quitte la maison familiale pour aller à l'hôtel, sans prévenir ses parents. Il accepte de les revoir le lendemain et, face à son refus de rentrer au domicile, son père appelle la police qui emmène son fils menotté aux urgences médico-psychologique. Le psychiatre des urgences décide alors d'hospitaliser Siegfried à la demande d'un tiers. Au cours de cette première hospitalisation, Siegfried évoquera des hallucinations acoustico-verbales, il expliquera qu'un spécialiste américain a été engagé par ses parents pour mettre cette voix dans sa tête. Par moment, il pense que cette voix est celle de son père, sa mère ou parfois d'autres personnes qu'il rencontre. Il identifie deux sous-groupes : ceux qui essaient de le convaincre d'oublier ce qui lui arrive actuellement et ceux qui essaient de le convaincre de ne pas oublier. Même s'il n'entend cette voix que depuis quelques mois, il pense que son père est présent dans sa tête depuis environ quatre ans. Siegfried dira également voir des codes à la télévision sous forme de chiffres, de lettres et de couleurs. Il pense aussi que des gens à la télévision s'adressent directement à lui soit pour se moquer, soit pour le complimenter. Il évoquera également d'autres éléments délirants : il décrit une sorte de présence à l'arrière de la tête et il dira à plusieurs reprises qu'il a le sentiment qu'on lit dans ses pensées. Il est aussi persuadé que des personnes peuvent fusionner avec lui pour remettre son squelette en place.



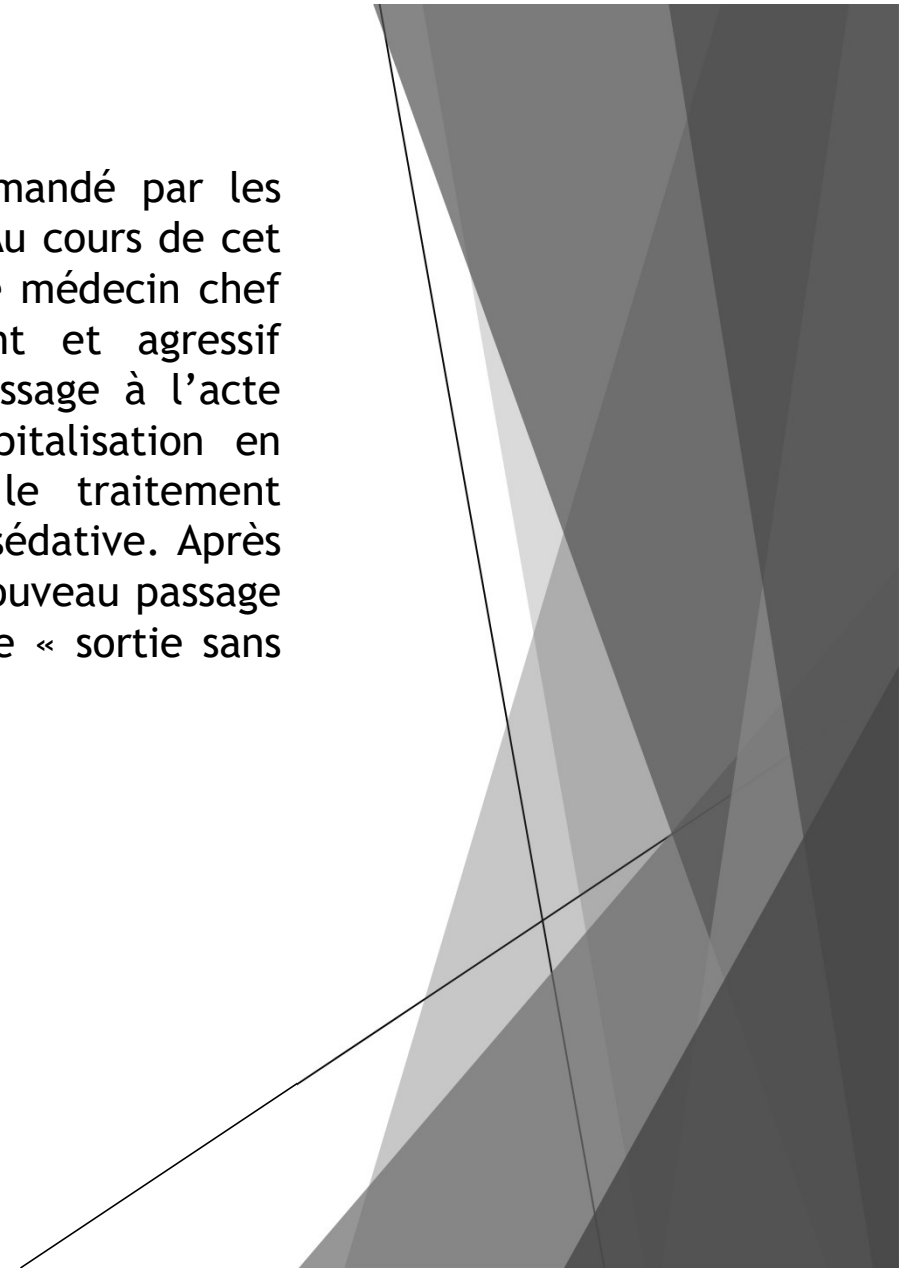
Je rencontre Siegfried lors de sa seconde hospitalisation. Celle-ci fait suite à une nouvelle dégradation des relations entre lui et son père, six mois après sa première hospitalisation. Les disputes au domicile sont de plus en plus fréquentes, Siegfried et son père en sont même venus aux mains. Depuis son retour au domicile, Siegfried a montré, d'après la psychiatre qui le voit en consultation, un état psychique fluctuant mais sans signe de décompensation. Il n'a cependant ni repris les cours, ni trouvé de travail et refusé tous les projets qui lui ont été proposés, notamment la possibilité de s'installer dans un appartement thérapeutique. Il projette de s'inscrire dans une école d'officier de l'armée de terre, mais n'a entrepris pour l'instant aucune démarche. Il sort peu et n'a pas repris contact avec ses amis.



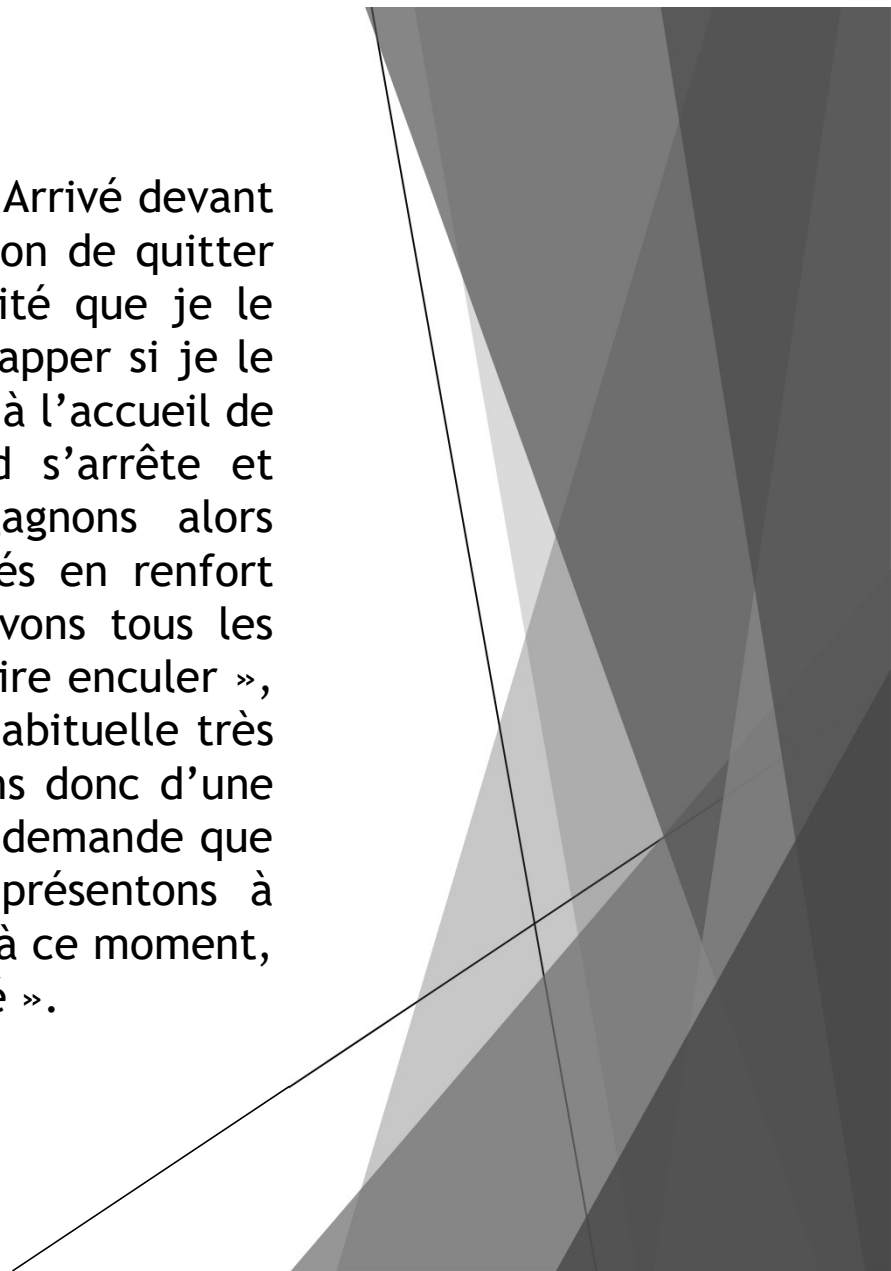
Il est intéressant de noter que l'essentiel de ces éléments cliniques sont donnés par le patient alors qu'il est placé en chambre de soins intensifs suite à une tentative de « sortie sans autorisation » quelques heures après son admission. À l'ouverture du cadre thérapeutique et avec la mise en place de permissions au domicile des parents, Siegfried ne parlera plus de ses hallucinations. Au cours de l'hospitalisation, une diminution des troubles d'allure dissociative est observée. Bien que l'alliance thérapeutique semble fragile et que le déni reste massif, il est néanmoins décidé d'une sortie d'hospitalisation avec maintien de la mesure de soin sous contrainte. Siegfried arrêtera rapidement son traitement neuroleptique, mais viendra en consultation régulièrement.



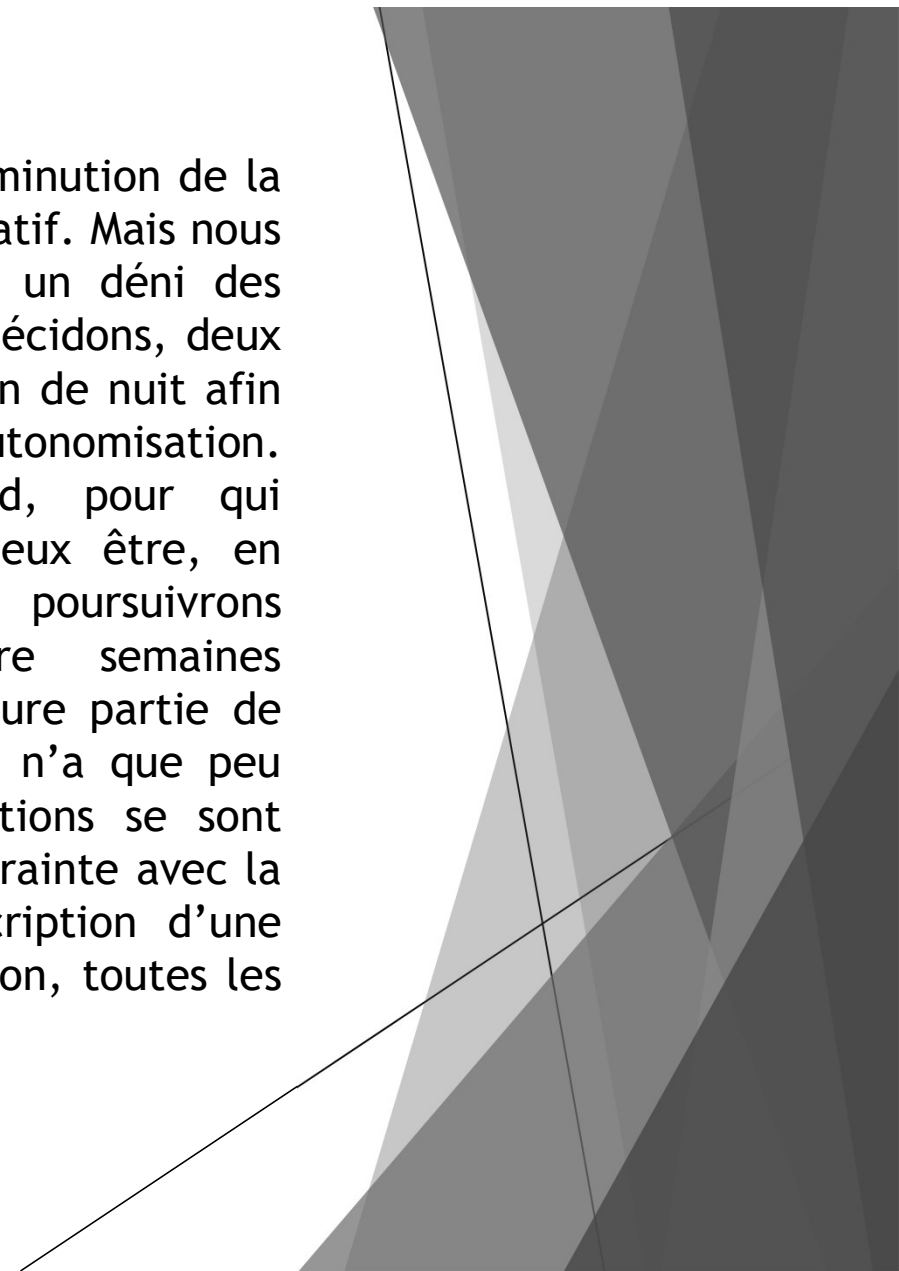
La réintégration est décidée suite à un entretien familial demandé par les parents, inquiets de la dégradation de la situation au domicile. Au cours de cet entretien, mené conjointement par la psychiatre référente et le médecin chef du service, Siegfried s'est montré particulièrement insultant et agressif verbalement avec son père. Afin de limiter le risque d'un passage à l'acte hétéroagressif, la psychiatre référente décide donc une hospitalisation en urgence. Il est également décidé de remettre en place le traitement neuroleptique et d'y adjoindre un second neuroleptique à visée sédatrice. Après un début d'hospitalisation difficile, marqué notamment par un nouveau passage en chambre de soins intensifs, suite à une nouvelle tentative de « sortie sans autorisation ».

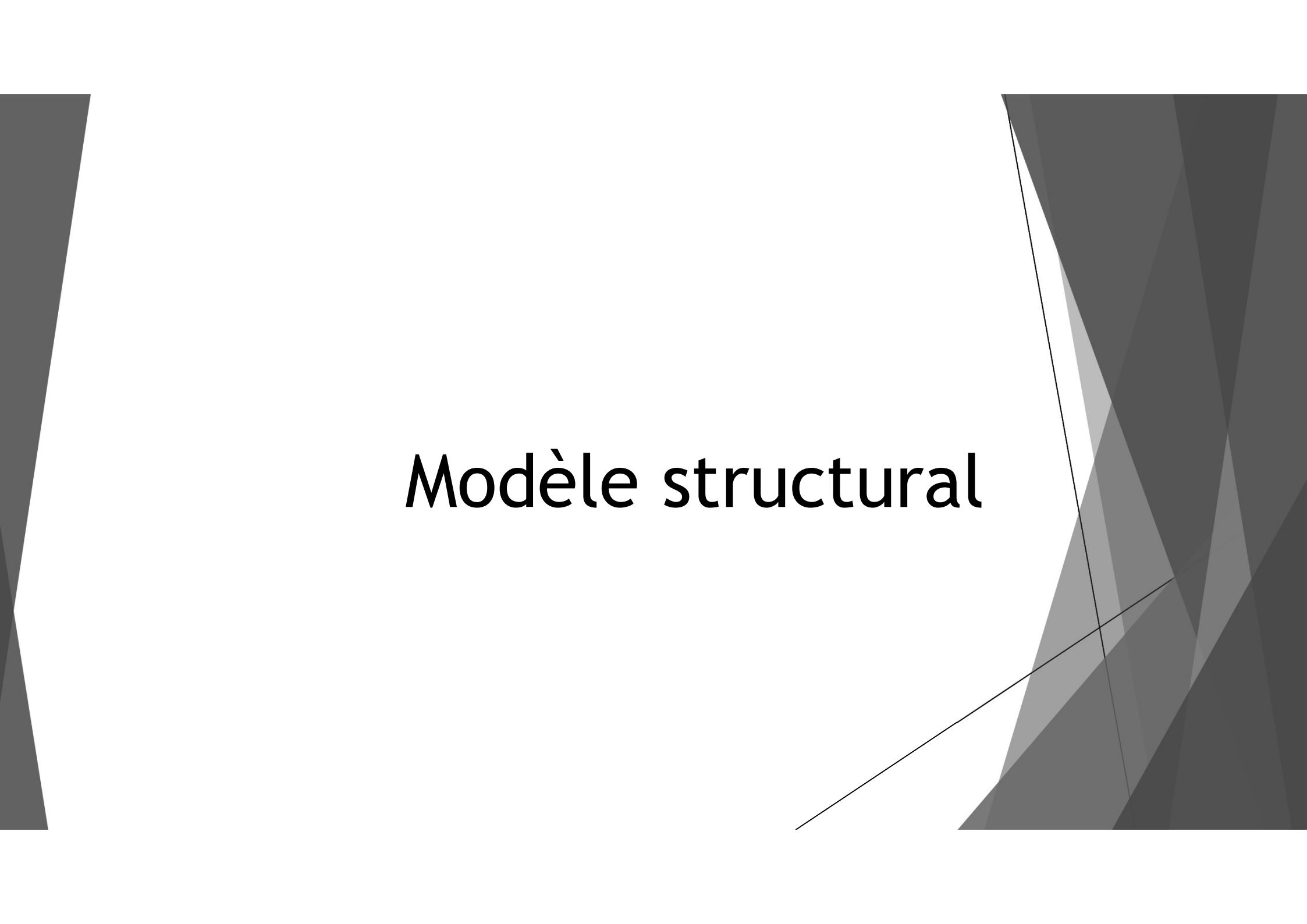


J'accompagne Siegfried lors de sa première sortie du pavillon. Arrivé devant l'entrée de l'hôpital, il me salue et m'informe de son intention de quitter l'hôpital. Je me mets devant lui et lui rappelle l'impossibilité que je le laisse partir ainsi. Siegfried monte le ton et menace de me frapper si je le touche. Je me décale alors et demande à la personne présente à l'accueil de déclencher l'alerte dans l'hôpital. À ce moment, Siegfried s'arrête et accepte de remonter avec moi dans l'unité. Nous regagnons alors tranquillement le pavillon, accompagnés des infirmiers arrivés en renfort dans l'entrefaite. Néanmoins, aussitôt que nous nous retrouvons tous les deux dans le bâtiment, Siegfried s'énerve et me dit « va te faire enculer », faisant preuve d'une vulgarité qui tranche avec son attitude habituelle très maitrisée et me tutoyant pour la première fois. Nous décidons donc d'une mise en chambre de soins intensifs, pour laquelle le protocole demande que le patient revête un pyjama de l'hôpital. Lorsque nous présentons à Siegfried un haut de pyjama rose, le seul dont nous disposions à ce moment, il s'emporte et nous demande si nous le prenons pour « un pédé ».



Le contact va cependant rapidement s'améliorer avec une diminution de la tension psychique qui amènera à une baisse du traitement sédatif. Mais nous notons cependant l'installation d'une rigidité psychique et un déni des troubles, ces deux symptômes perdureront longtemps. Nous décidons, deux semaines après son entrée, de lui proposer une hospitalisation de nuit afin qu'il puisse faire des démarches dans le cadre d'un projet d'autonomisation. Cette suggestion fait suite aux reproches de Siegfried, pour qui l'hospitalisation constituait le principal obstacle à son mieux être, en l'empêchant de chercher logement et emploi. Nous poursuivrons l'hospitalisation sous cette modalité pendant quatre semaines supplémentaires, pendant lesquelles Siegfried passe la majeure partie de son temps au domicile de ses parents. Sa situation sociale n'a que peu évolué, mais ses parents s'accordent à dire que les relations se sont apaisées. Nous décidons donc une poursuite du soin sous contrainte avec la mise en place d'un programme de soin incluant la prescription d'une injection de neuroleptique retard, dans l'unité d'hospitalisation, toutes les deux semaines.

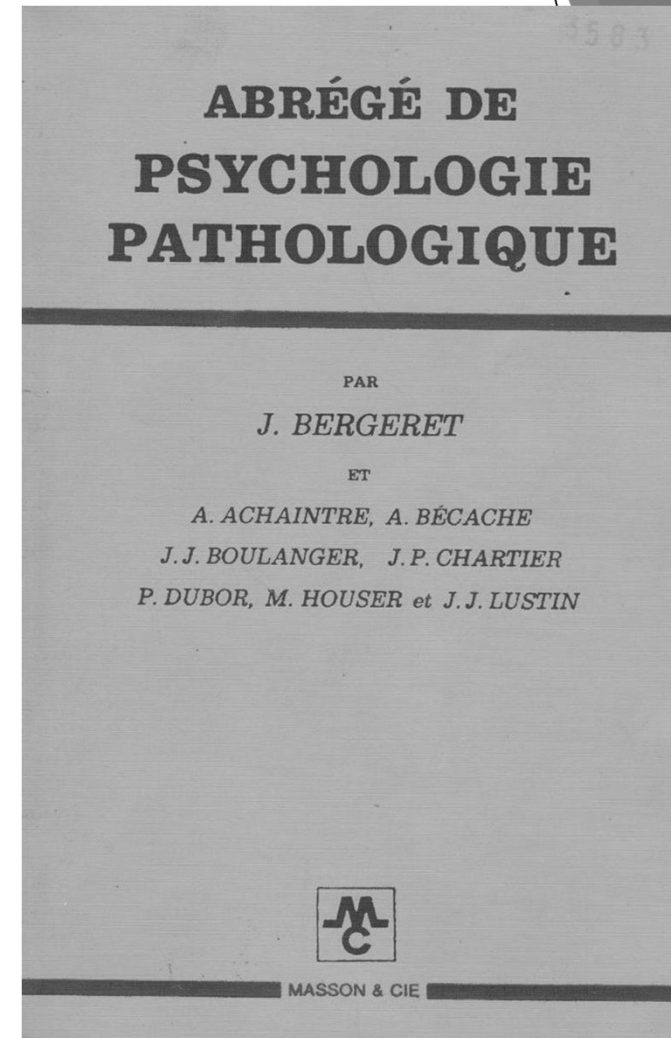




Modèle structural

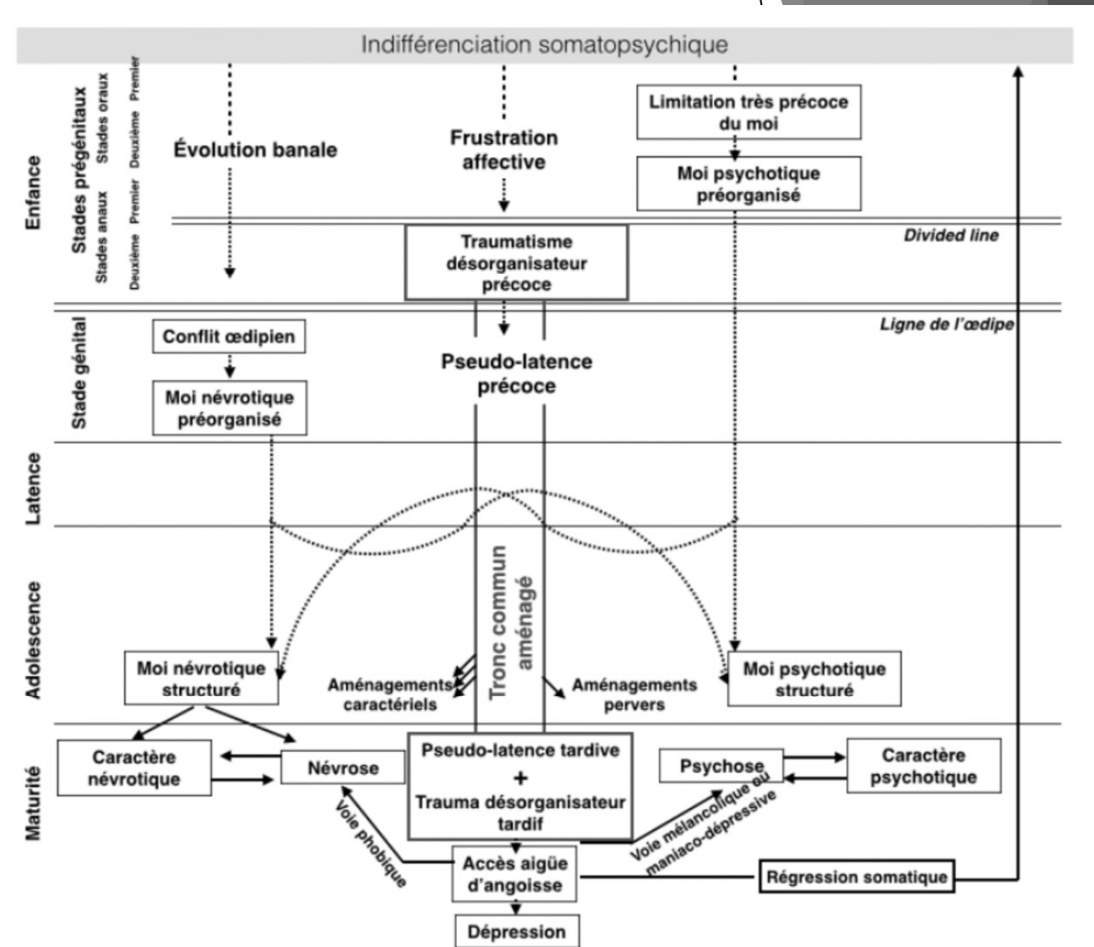
La structure psychique

- ▶ Bergeret (1972) : syndrome $\neq$ structure
- ▶ Structure =
 1. nature de l'angoisse,
 2. défenses,
 3. modalité du lien à l'objet



- *Divided-line* (W. Fliess) :

- ✓ En deçà : organisation de la pulsion orale ou anale marquée par l'expulsion, relation partielle à l'objet, difficulté différenciation soi/autre, projection ;
- ✓ Au-delà : organisation de la pulsion anale marquée par la rétention, relation objet total, différence des sexes et des générations, déplacement, renversement, refoulement ;
- ✓ Traumatisme précoce : astructuration, lien de dépendance à l'objet, aménagements psychotiques et/ou névrotiques



Limites modèle structural

- ▶ Impossibilité du changement (modèle déficitaire) vs. Potentialité psychique
- ▶ Blocage du développement vs. Remise en jeu d'un processus
- ▶ Objet seulement « nuisible » vs. Objet suffisamment bon
- ▶ Quid des fonctionnements psychosomatiques (dimension transnosographique) ?



Modèle des pôles organisateurs

Pôle d'organisation : penser processus

- ▶ Ferrant
- ▶ Processus $\neq$ stades, moments précis, étapes, etc.
- ▶ Processus = développement dynamique, en lien avec l'histoire et l'environnement
- ▶ Psychisme n'est pas « uniforme » : possibilité de « zones » psychiques organisées sur des modalités différentes
- ▶ 3 organisateurs processuels :
 - ▶ oscillations entre positions autosensuelle/adhésive, schizo-paranoïde et dépressive (A-SP-D)
 - ▶ complexe d'Œdipe

Les organisateurs processuels

1) position autosensuelle/adhésive

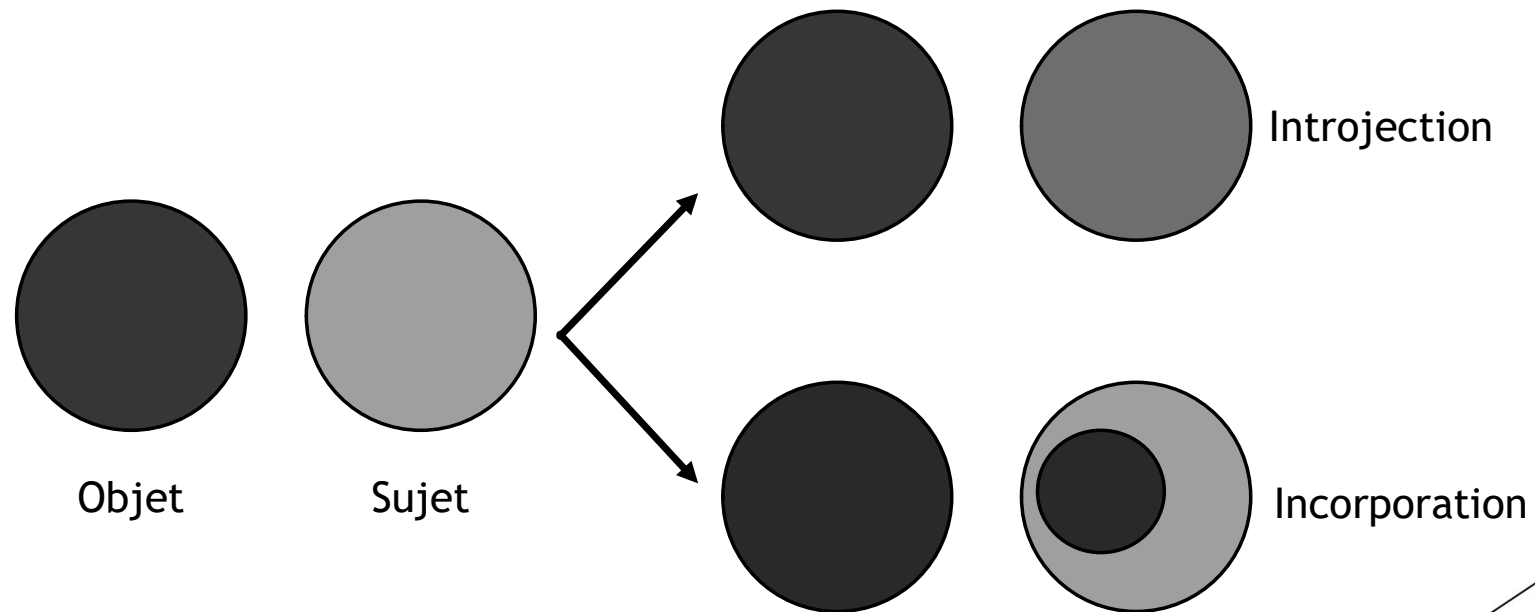
- ▶ Autosensualité : investissement des sensations pour assurer une continuité d'être ≠ autoérotisme qui suppose l'investissement d'une trace mnésique, d'un fantasme
- ▶ Position constitutive du narcissisme primaire du psychisme de l'enfant
- ▶ Anobjectalité ? L'enfant perçoit d'emblée une stimulation comme externe ou interne, mais qu'en est-il de sa représentation de l'objet et de sa permanence ? Qu'en est-il également de sa perception de son agentivité et de celle de son environnement ?
- ▶ Importance de l'accordage d'un environnement suffisamment bon pour permettre que l'objet soit trouvé/créé, ce qui permet l'investissement de l'extérieur

Les organisateurs processuels

2) SP-D

- ▶ Positions (Klein) : organisations du lien à l'objet qui apparaissent dès les premiers stades de la vie psychique, puis qui tout au long du développement s'actualisent, se complexifient et parfois se pathologisent
- ▶ Développement psychique = oscillations entre positions d'où SP-D (Bion)
- ▶ SP : importance de l'identification projective pour détoxifier le réel
- ▶ D : identification introjective → fabrication de moi (objet incorporé modifie le moi vs. objet introjecté est également modifié par le moi)

Focus : incorporation/introjection



Les organisateurs processuels

3) A-SP-D

Position autosensuelle	Position schizo-paranoïde	Position dépressive
- Anobjectalité → objet trouvé/créé - Importance de la continuité de l'accordage - Constitution du narcissisme primaire	- Objet partiel (sein) - Succession satisfaction/frustration - Clivage/projection - Bon objet/mauvais objet	- Objet total - Ambivalence dans le rapport à l'objet - Culpabilité → surmoi

positions ≠ stades

Les organisateurs processuels

3) complexe d'Œdipe - constitution

- ▶ « L'Œdipe est toujours là » (Roussillon) : préhistoire qui se constitue avec le projet de « l'enfant imaginaire » et qui doit faire également avec l'organisation œdipienne des parents
- ▶ Œdipe précoce ≈ 8^{ème} mois (Klein) : conscientisation de la ≠ entre parents
- ▶ Stade anal : constitution de la ≠ petits/grands qui introduit autorisé/interdit, l'enfant peut se défendre en imaginant une réversibilité
- ▶ Stade phallique : confrontation à l'irréversibilité et donc à la permanence des ≠
→ l'enfant ne peut être tout, tout seul → nouvel idéal : faire couple attaque du couple parental (stratégies relationnelles pour être au centre de l'attention)

Les organisateurs processuels

3) complexe d'Œdipe - stratégies relationnelles

« Que les solutions marchent un peu, suffisamment, et l'enfant prend confiance en ses capacités de séduction, en sa capacité à se faire une place dans la famille. Qu'elles marchent trop, et il est menacé par son succès : menacé d'une confusion, entre les générations, entre ce qui doit rester de l'ordre de la simple représentation et ce qui peut être mis en acte, menacé de désorganisation psychique.

Il est donc nécessaire que le « jeu » œdipien, jeu qui peut bien sûr prendre des allures passionnelles, soit contenu et limité par un ensemble d'interdits parentaux, qui portent et soutiennent la reconnaissance des différences fondatrices de l'identité humaine : différences des sexes, différences des générations et différences entre la sexualité infantile et adulte ».

R. Roussillon, *Manuel de psychologie et de psychopathologie générale*

Les organisateurs processuels

3) complexe d'Œdipe - stratégies intrapsychiques

- ▶ Processus identificatoires : jeu du faire semblant
- ▶ Développement de l'imaginaire : signifiant énigmatique (Laplanche) constitutif du besoin d'inventer, d'explorer
- ▶ Sublimation : la représentation comme but pulsionnel
- ▶ Acceptation de la castration symbolique : renoncer à l'absolu et constitution d'un surmoi qui encadre les possibilités de réalisation du désir et l'atteinte de l'idéal

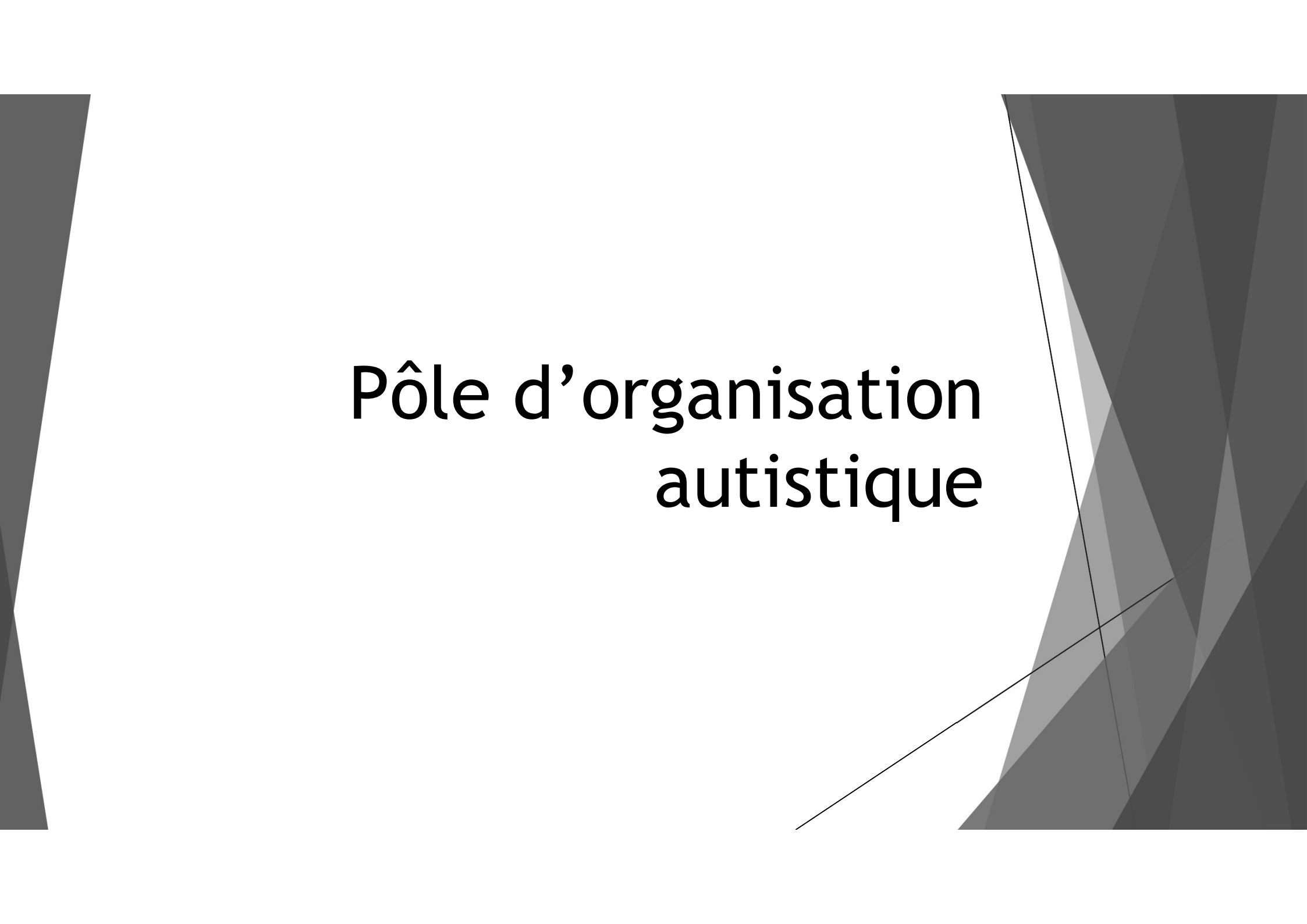
Focus : Antœdipe (Racamier)

- ▶ « *L'Œdipe n'est pas l'inceste, il en est même tout le contraire* », Racamier
- ▶ Processus à l'œuvre dans les familles où les enfants sont victimes d'inceste
→ « confusion des langues » entre tendresse de l'enfant et sexualité de l'adulte (Ferenczi) → vécu de culpabilité de l'enfant (surantimoi)
- ▶ Mais également lorsque le climat incestuel instaure un flou dans la limite entre générations (emprise, séduction narcissique) qui vise notamment à garder l'enfant comme un bébé pour soi, en soi (fantasme des origines) → absence de constitution d'un espace psychique propre

Racamier, P. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Dunod

Les organisateurs processuels

Position autosensuelle/adhésive			Oscillations SP-D			Complexe d'Œdipe		
Nature de l'angoisse	Défenses	Modalité de lien à l'objet	Nature de l'angoisse	Défenses	Modalité de lien à l'objet	Nature de l'angoisse	Défenses	Modalité de lien à l'objet
Anéantissement Angoisses liées à la continuité de l'être	Autosensualité Adhésivité	Sensations-objet Objet partiel Objet trouvé/créé Objet miroir Relation symbiotique	Angoisses primitives (anéantissement, morcellement, vidage) Angoisses liées à la perte d'objet Angoisses d'intrusion	Agrippement, Démantèlement Déni Clivage Projection Identification projective Annulation rétroactive	Différenciation sujet/objet Deuil de l'objet comme double narcissique Constitution de l'objet total (BO+MO) Introjection fonction contenante (E. Bick)	Angoisses castration et pénétration	Refoulement et retour du refoulé (déplacement, contre-investissement, formation réactionnelle, dénégaration) Identification Sublimation	Accès à la différence des sexes et générations



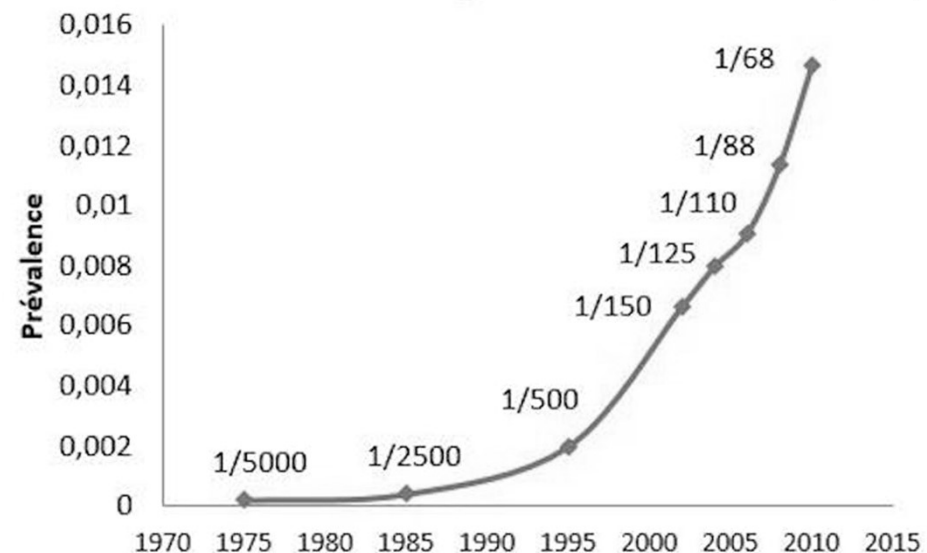
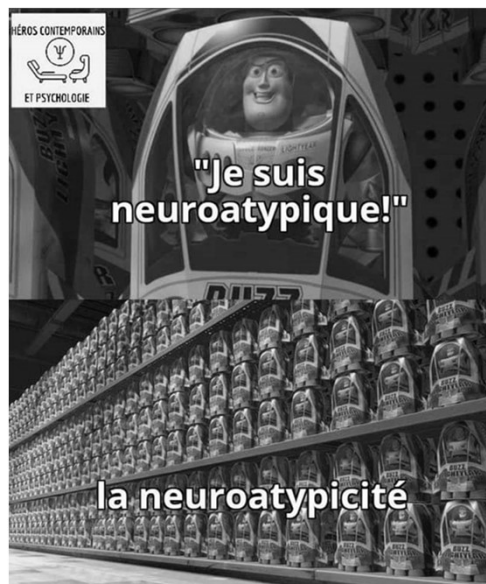
Pôle d'organisation autistique

Autisme : au centre des débats épistémologiques (et des guerres de chapelles)

- ▶ Evolution des dénominations : autisme (= autoérétisme), TSA, TED non spécifique (DSM 4), rattachement aux TND
- ▶ Evolution des épistémologies : maladie psychiatrique, handicap, neuro-atypicité
- ▶ Evolution de l'épidémiologie : meilleur repérage précoce ++, élargissement du spectre ?

Autisme : au centre des débats épistémologiques (et des guerres de chapelles)

- Evolution de l'épidémiologie : meilleur repérage précoce ++, élargissement du spectre ?



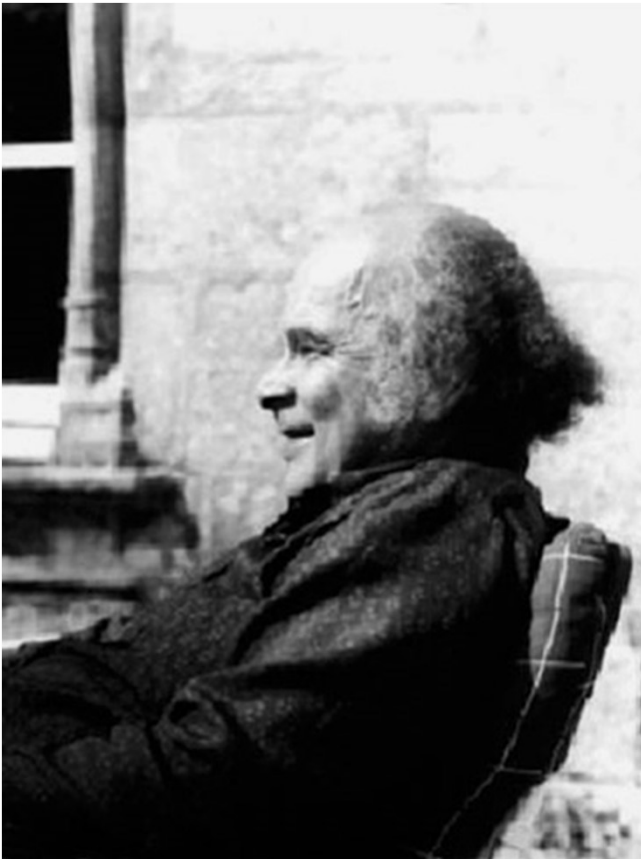
Centers for Disease Control and Prevention, Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill Summ. 2014 Mar 28;63(2):1-21. PMID: 24670961.

Apport des théories neurodéveloppementales et des sciences cognitives

- ▶ Déficit de l'attention conjointe ;
- ▶ Régulation émotionnelle : indifférence affective (Trevarthen)
- ▶ Difficulté à mettre en place d'une théorie de l'esprit, ex : expérience de Sally et Ann (Wimmer, Perner, 1983) ;



Apports de la psychanalyse : Meltzer



- ▶ Démantèlement : clivage des sensations selon l'axe des sensorialités
- ▶ Autisme évolue dans un espace bidimensionnelle
- ▶ « L'objet n'a pas de volume, il ne peut rien contenir, on ne peut rien mettre à l'intérieur de lui puisqu'il n'a pas d'intérieur. Il n'y a pas de distinction possible entre un intérieur et un extérieur ni pour l'objet, ni pour soi, ce qui interdit toute accession à l'altérité. Pour reconnaître que l'autre n'est pas confondu avec nous et que nous ne sommes pas confondus avec l'autre, nous avons besoin à la fois d'établir une frontière qui délimite deux espaces (l'intérieur de l'objet et l'intérieur de soi) et de franchir l'intervalle ainsi créé pour communiquer avec l'objet, c'est-à-dire pour mettre, dans l'objet, quelque chose qui vient de nous et recevoir à l'intérieur de nous quelque chose qui vient de l'objet. Dans un monde bi-dimensionnel, il n'y a ni altérité, ni communication, mais plutôt collage, ce que Meltzer (1980) a appelé, à la suite d'Esther Bick (1986), « identification adhésive ».

Houzel, D. (2006). L'enfant autiste et ses espaces. *Enfances & Psy*, 33, 57-68. <https://doi.org/10.3917/ep.033.0057>

Apports de la psychanalyse : Tustin



- ▶ « Prématurité psychologique » qui ne permet pas la prise de conscience de la « séparabilité » qui confronte le sujet à une « terreur sans nom » (Bion)
- ▶ Sensualité auto-induite centrée sur les sensations et rythmes corporelles
- ▶ Objets-sensations : objets capte l'intérêt, mais perçus comme associés au corps (agrippement)
- ▶ Aboutit à une « mise en capsule auto-générée » qui entrave le développement psychoaffectif, mais protège contre l'hypersensibilité
- ▶ Processus autistiques présents dans d'autres formes d'organisation, notamment psychosomatique : « poches d'autisme » ou « enclaves autistiques »



Pôle d'organisation psychotique

Définition

- ▶ Transformation du rapport à la réalité
- ▶ Hallucinations et délire
- ▶ Sentiment d'étrangeté, paralogisme, défaut d'agentivité, dépersonnalisation, etc.



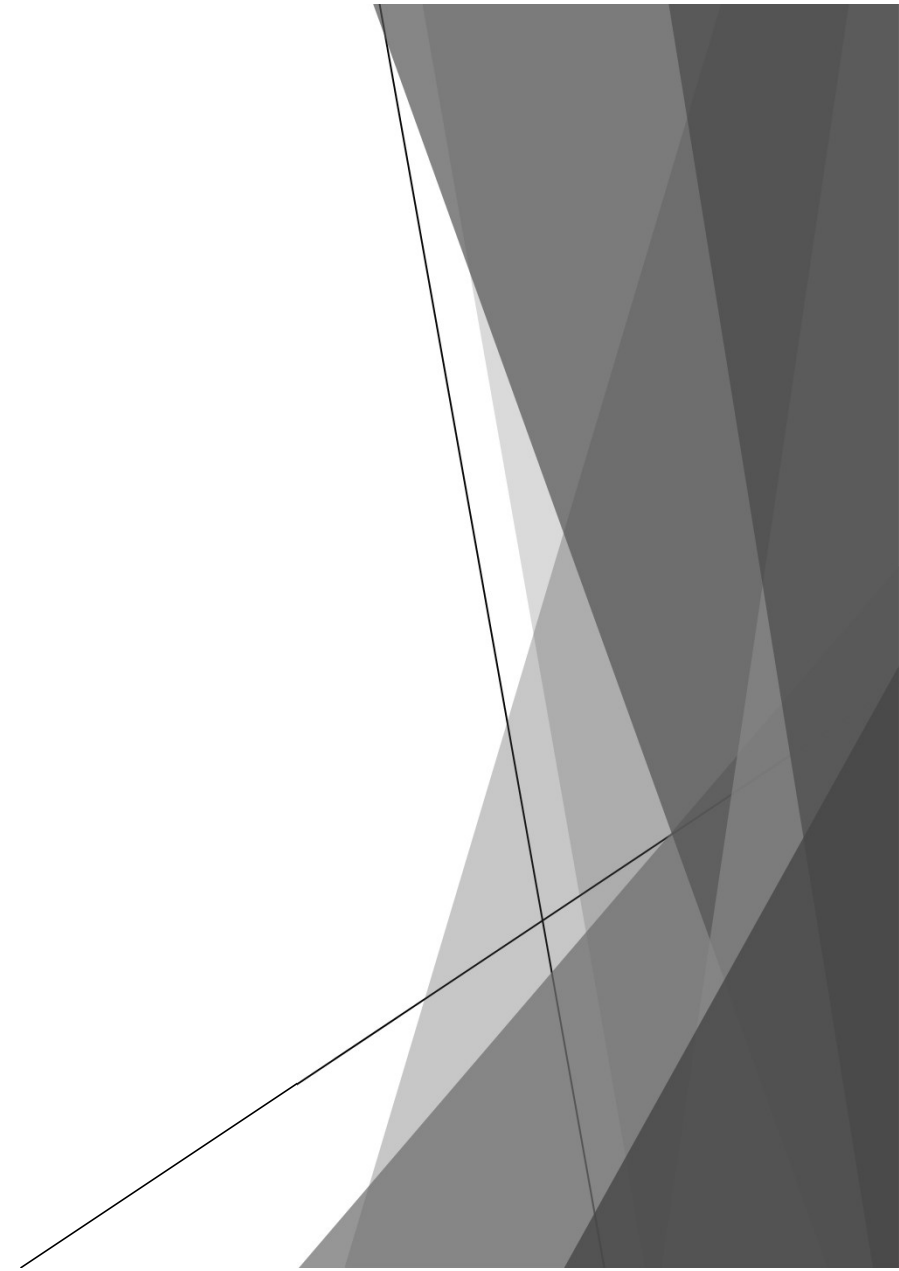
Hallucination et délire

- ▶ Hallucination : « perception sans objet » (Ey, 1970)
 - ▶ Perception = sensation + interprétation, donc soit c'est la sensation qui est hallucinée (visuelle, auditive, cinesthésique) ou l'interprétation qui est fausse
 - ▶ Hallucination comme retour de la sensation qui n'a pu être représentée (Freud)
 - ▶ Confusion entre représentation et perception, par défaut de la « représentation de la représentation » (Donnet et Green, 1973) → le sujet croit qu'il perçoit là où il représente
 - ▶ Difficilement critiquable, mais efficacité des NLP
- ▶ Délire : (*delirare* : sortir du sillon)
 - ▶ Tentative de guérison (Freud)
 - ▶ Tentative de représentation secondaire, prenant donc appui sur le langage (représentation de mot), d'une perception qui n'a pas été représentée primairement (représentation de chose)
 - ▶ Le délire est donc une construction psychique (plus ou moins organisée)

Processus défensifs

- ▶ Dénier de la réalité
- ▶ Clivage du moi et/ou de l'objet → ambiguïté (défaut d'ambivalence) → aconflictualité
- ▶ Idéalisation/persécution
- ▶ Omnipotence : défense contre le sentiment d'impuissance
- ▶ Mécanismes projectifs : expulsion de la partie clivée du sujet dans l'objet préserve le moi et tend à maîtriser l'objet (*L'effort pour rendre l'autre fou*, Searles)

Troubles psychotique brefs



Bouffée délirante aiguë (BDA)

- ▶ « coup de tonnerre dans un ciel bleu » : début rapide et aiguë (quelques jours à quelques semaines)
- ▶ Importance des facteurs externes : stress, consommation toxiques ou iatrogénie → débordement des capacités de représentations → « court-circuit » psychique
- ▶ Résolution rapide, retour à une autre organisation sans persistance de symptômes négatifs (retrait, barrage, alexithymie, etc.)

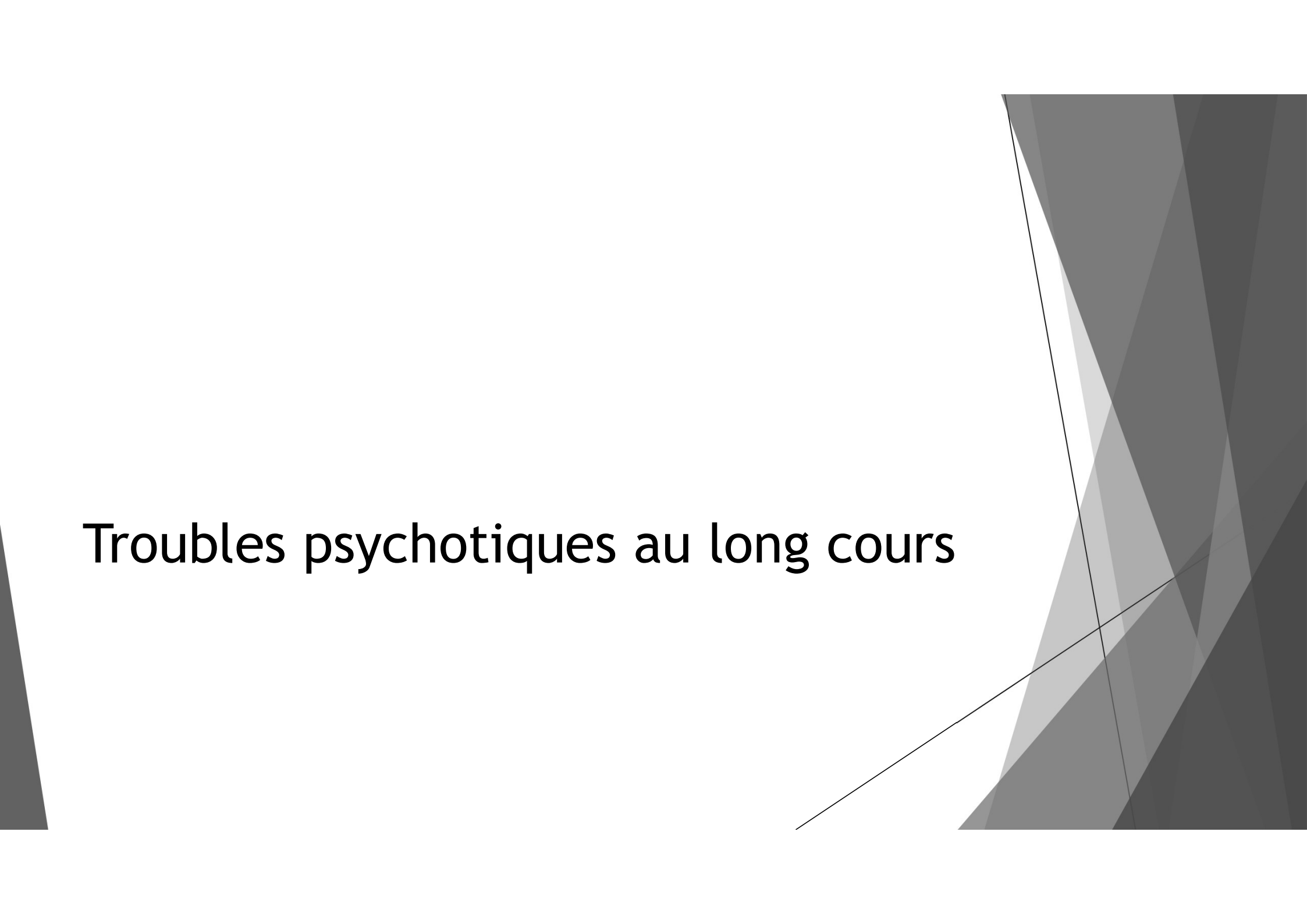
Psychose puerpérale

- ▶ Début possible pendant la grossesse, mais le plus souvent à l'accouchement
- ▶ Importance des facteurs hormonaux
- ▶ Délire, agitation psychomotrice, angoisse liée à la peur de faire mal au bébé ou vécu de persécution par le bébé
- ▶ Naissance → nombreux changements : transformations corporelles, vécu de vide, réorganisation identitaire et intergénérationnelle, réactivation de possibles failles dans le processus de subjectivation (adolescences, non-dits, etc.)

Soins

- ▶ Médicamenteux (NLP)
- ▶ Institutionnelle : hospitalisation en urgence (risque de mise en danger ++)
- ▶ Psychothérapeutique : mise en sens de l'épisode psychotique (subjectivation), éviter l'enkystement des traumas primaires (la décompensation) et secondaires (le soin)

Troubles psychotiques au long cours



Schizophrenie



Épidémiologie et étiologie

- ▶ 0,3-0,7 % de la population
- ▶ Importance des facteurs génétique dans le risque de prédisposition
- ▶ Facteurs environnementaux qui peuvent majorer le risque de décompensation
- ▶ Rôle des psychotropes (cannabis +++)
- ▶ Plus souvent victimes qu'agresseurs

Phases

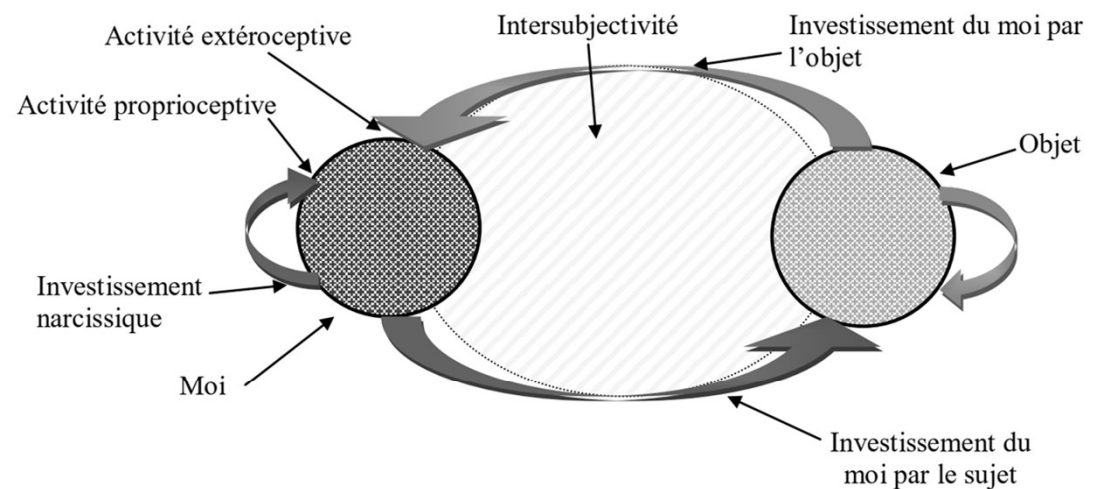
- ▶ Prodrome : isolement, incurie, irritabilité, sentiment d'étrangeté, difficultés de concentration, changement du comportement...
- ▶ Phase aiguë/décompensation = prépondérance des symptômes positifs : hallucinations, délires, bizarreries...
- ▶ Phase résiduelle = permanence de symptômes négatifs : retrait, ralentissement psychomoteur, émoussement affectif, dépressivité (risque suicidaire ++), peut être permanente
- ▶ Rechute : fréquente, toxicité cérébrale, épuisement environnement
- ▶ Rétablissement : stabilisation symptômes qui n'impactent pas (20 %) ou peu la vie sociale (35 à 45%)

Schizophrénie et rapport à la réalité

- ▶ « J'attire l'attention sur le fait que le contenu d'une psychose hallucinatoire de ce genre consiste précisément en la mise au premier plan de cette représentation qui était menacée par l'occasion déclenchante de la maladie. On est donc en droit de dire que le moi s'est défendu contre la représentation insupportable par la fuite dans la psychose ; le processus aboutissant à ce résultat échappe, lui encore, à l'autoperception aussi bien qu'à l'analyse psychoclinique. Il faut le considérer comme l'expression d'une disposition pathologique accentuée, et on peut peut-être le décrire ainsi : le moi s'arrache à la représentation inconciliable, mais celle-ci est inséparablement attachée à un fragment de la réalité si bien que le moi, en accomplissant cette action, s'est séparé aussi, en totalité ou en partie, de la réalité. » (Freud, *Les psychonévroses de défense*, 1894)
- ▶ « Nous pouvons probablement admettre que ce qui se passe dans tous les états semblables consiste en un clivage psychique. Au lieu d'une unique attitude psychique, il y en a deux : l'une, normale, tient compte de la réalité, alors que l'autre, sous l'influence des pulsions, détache le moi de cette dernière. Les deux attitudes coexistent mais l'issue dépend de leur puissance relative. Les conditions d'apparition d'une psychose sont présentes quand l'attitude anormale prévaut » (Freud, *Abrégé de psychanalyse*, 1938)

Focus : le rapport à la réalité

- ▶ Le rapport à la réalité est le produit d'un « dipôle énergétique et fonctionnel » (Kapsambelis, 2007) constitué par le moi et l'objet, avec :
 - d'un côté le moi, lieu de convergence des excitations proprioceptives d'origine interne, qui tend dans un mouvement centrifuge vers le monde extérieur et ayant comme finalité l'objet comme idéal de la satisfaction pulsionnelle ;
 - d'un autre côté l'objet, point de convergence de l'activité extéroceptive, qui dans un mouvement cette fois centripète, investit le moi comme objet de son désir.



Schizophrénie et rapport à la réalité

- ▶ Difficulté à faire vivre la tension au sein du dipôle moi/objet sans que le moi ne se sente menacé par l'objet
- ▶ L'objet : « voilà donc l'ennemi » (Racamier, 1980) : danger d'être aspiré, absorbé par l'objet (persécution)
- ▶ La menace est aussi ce qui échappe au moi (désir de l'objet) → création dans le délire d'un néo-objet

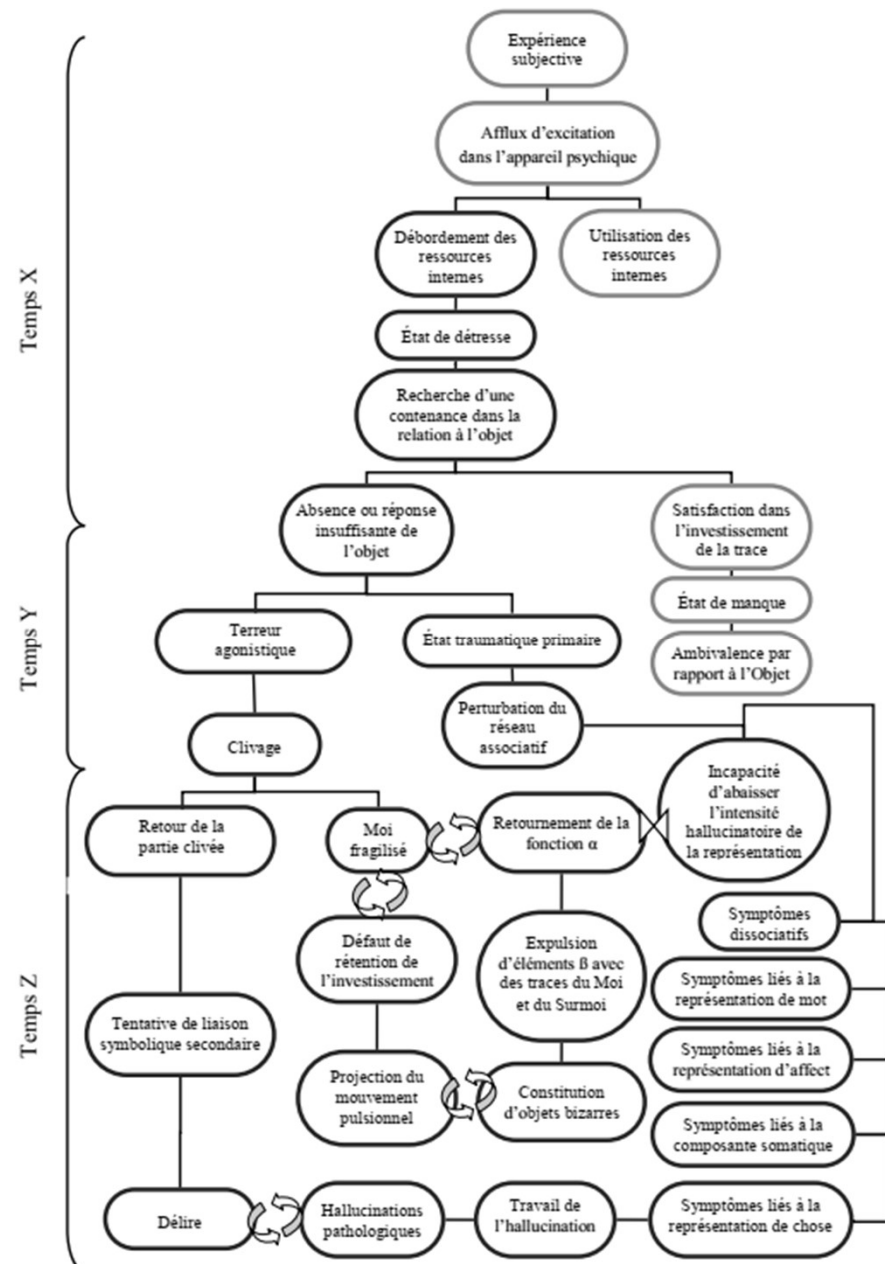
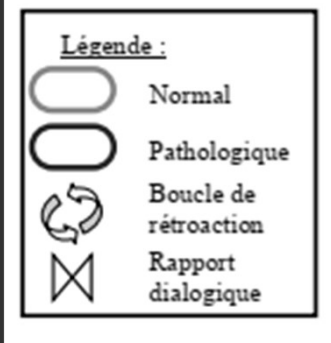
Schizophrénie et désorganisation

- « le schizophrène vit, en quelque sorte, comme une entreprise d'import-export qui dispose des fonds nécessaires de fonctionnement et d'échange avec autrui, qui donne et reçoit mais qui, à son intérieur, n'a pas de place, pas de rôle et de fonctionnement suffisamment définis pour utiliser les entrées et contrôler ou moduler les sorties. Un courrier arrive pour le directeur, un autre pour le chef du personnel, et un troisième pour la comptabilité, mais le service de distribution du courrier s'aperçoit qu'il n'y a pas de bureaux, ou que les bureaux sont vides, ou que des bureaux, bien que pleins, n'ont pas d'étiquettes sur la porte, etc. Le courrier circule alors de bureau en bureau, certains personnages prennent sur eux de l'ouvrir, éventuellement d'y répondre, d'autres le passent à côté, d'autres le réexpédient à l'envoyeur, etc. » (Kapsambelis, 2007)

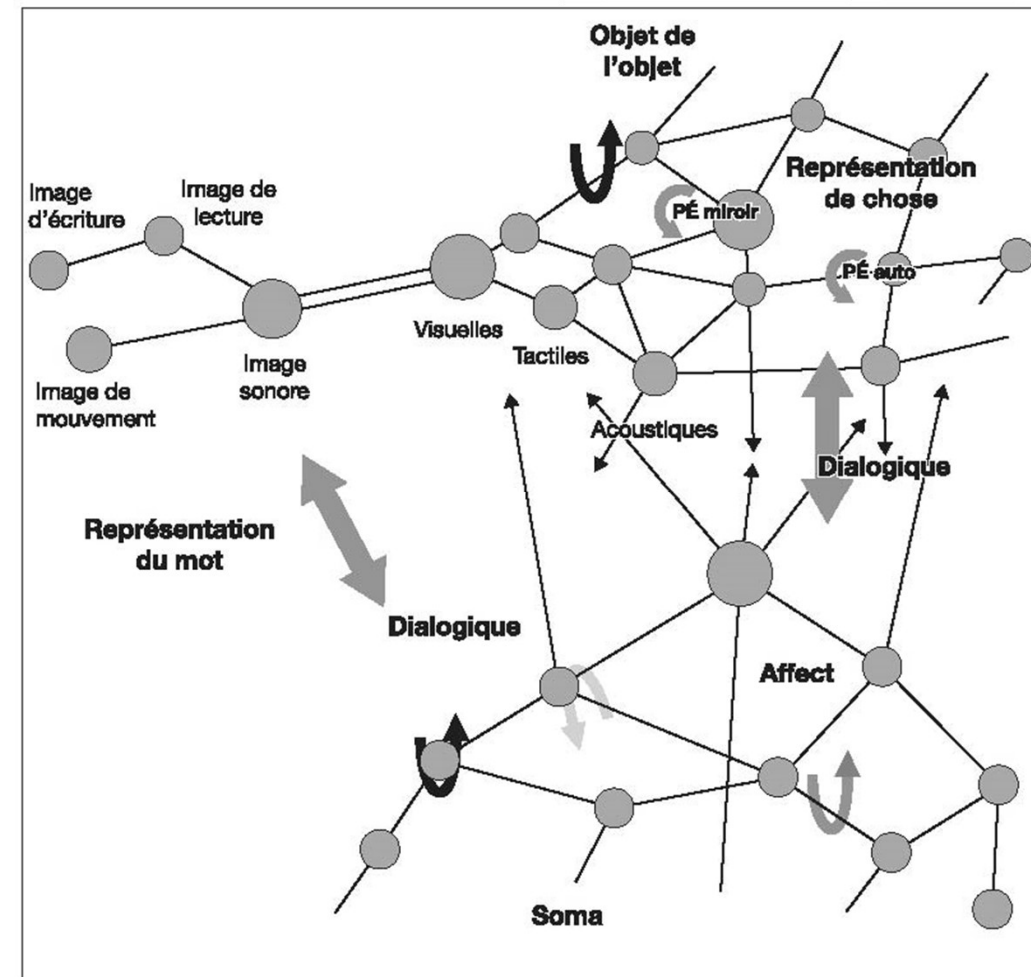
Schizophrénie et désorganisation

- ▶ La maladie des maladies (Kapsambelis, 2000) ?
- ▶ Une maladie frappant les organisations psychiques dans leur capacité à être productrices d'un travail psychique intelligible, d'un certain sens partageable :
 - la schizophrénie paranoïde = une paranoïa désorganisée
 - la schizophrénie dysthymique = une psychose maniaco-dépressive désorganisée
 - l'héboïdophrénie = une psychopathie désorganisée
 - l'hébéphrénie = désorganisation continue de la pensée

Modélisation de la schizophrénie

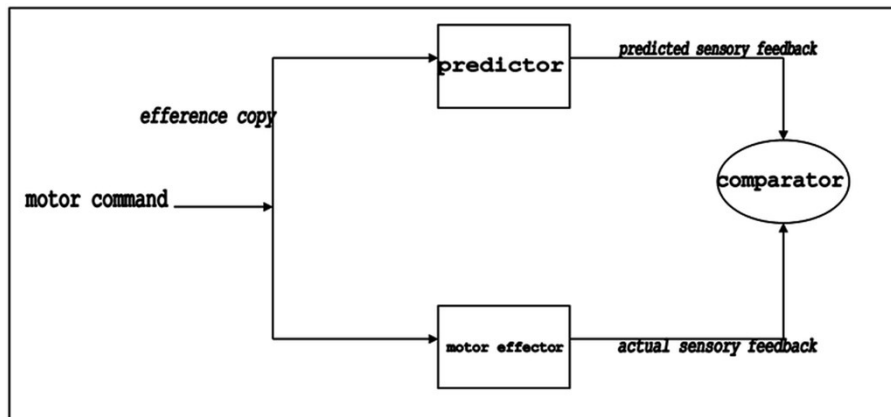


Représentation en réseau



Les rapports dialogiques relient et articulent la représentation de chose et l'affect, la représentation de mot et l'affect. Les flèches courbes (PÉ) représentent les « propriétés émergentes » des réseaux de connexions des représentants de la pulsion. Roussillon R. (2007). *La représentance et l'actualisation pulsionnelle*, <https://doi.org/10.3917/rfp.712.0339>

Représentation en associativité



Modèle de copie d'efférence
(Blackemore & al., 1999)

	FREUD	SENSORIMOTEUR
<i>critère</i>	indices de réalité	copies d'efférence
<i>distinctions</i>	images de perception versus images internes (perception versus mémoire) « il y a un sein » / « j' imagine un sein »	l'attribution de l'origine l'action « je bouge » / « on me bouge » par extension, de l'origine de l'objet perçu « il y a un sein » / « j' imagine un sein »
<i>permet</i>	de conférer le statut de perception à l'image mentale	de constituer l'expérience d'externalité c'est-à-dire de conférer le statut de perception
<i>psychose</i>	hallucinations : * indices de réalité invalidés * fausse attribution du statut de perception à une image mentale	voix, expériences de direction externe et perceptions pénétrantes : * dysfonctionnement/absence de copies d'efférence * fausse attribution de la motricité auto- induite à un agent externe

(Bazan & Van de Vijer, 2009) *in Vers un neuropsychanalyse ?*

L'associativité permet de baisser l'intensité hallucinatoire de la représentation par investissement de la trace mnésique. En cas d'échec du processus, l'expérience maintient son vécu d'étrangeté et sa potentialité traumatogène.

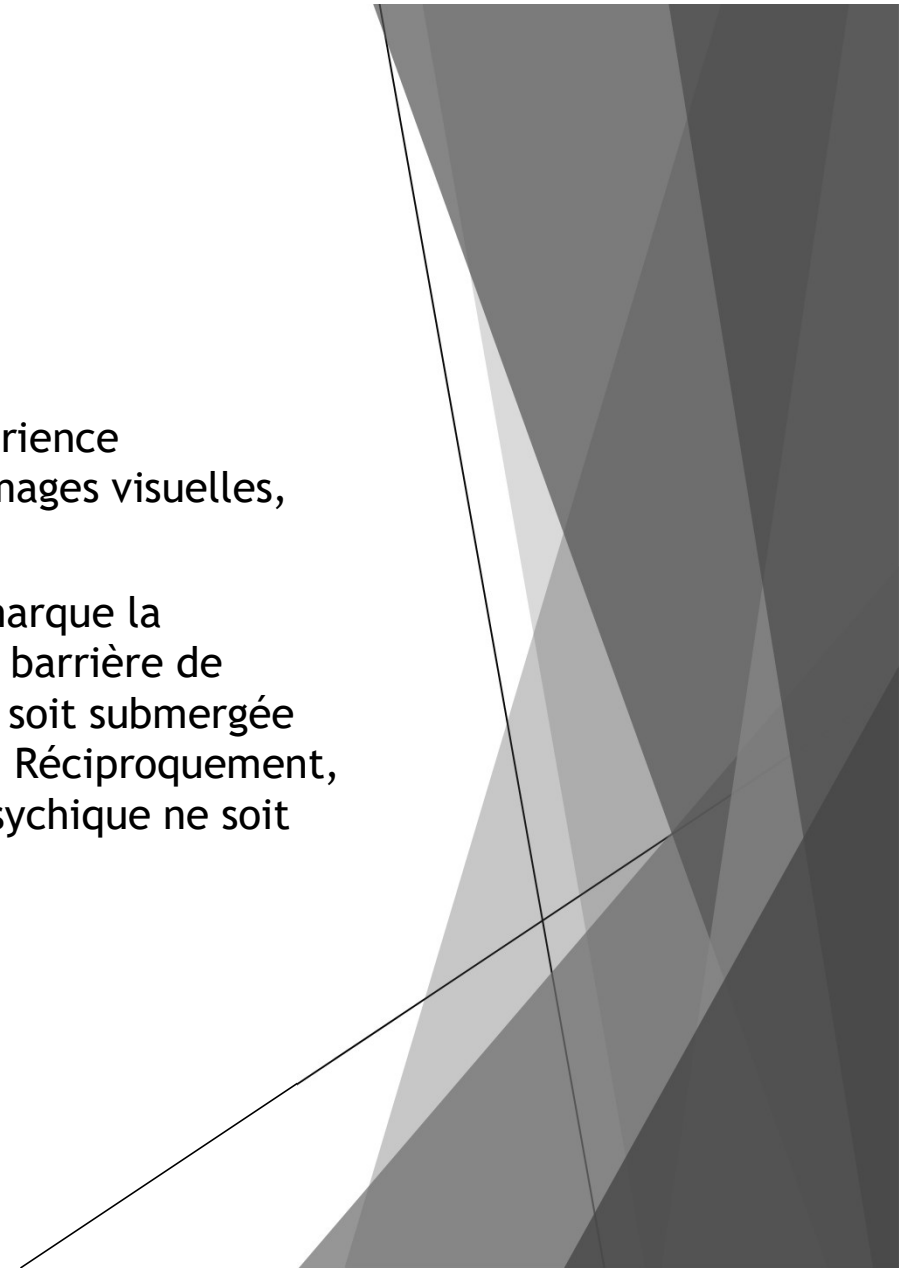
Modélisation de la schizophrénie

- ▶ Impossibilité de contenir l'afflux d'excitation de l'expérience subjective → perturbations dans la structuration du réseau associatif →
- Symptômes dissociatifs
- Symptômes de la représentation de mot (schizophasie, barrage, néologisme, etc.)
- Symptômes de la représentation d'affect (discordance, alexithymie)
- Symptômes de la représentation somatique (angoisse de morcellement, dysmorphophobie, etc.)
- Symptômes de la représentation de choses (hallucinations, fausse reconnaissance)

Élément source de la décompensation	Terreur agonistique	Traumatisme primaire
Défense	Clivage	Dissociation
Symptôme	Angoisse psychotique	Hallucination
Processus psychanalytiques concernés	Constitution du moi et de ses limites Investissement libidinal	Processus associatif Activité de représentation
Modalité de perception de la réalité	Proprioceptive	Extéroceptive
Fonction cognitive	Agentivité	Représentation mentale

Fonction alpha

- ▶ Transformation des impressions sensorielles liées à une expérience émotionnelle en élément-alpha, ceux-ci comprennent des images visuelles, des schèmes olfactifs, des schèmes auditifs (Bion, 1962).
- ▶ Les éléments-alpha vont former la barrière de contact qui marque la séparation entre les éléments conscients et inconscients. La barrière de contact permet ainsi d'établir une relation sans que celle-ci soit submergée par des émotions et des fantasmes d'origine endopsychique. Réciproquement, elle permet d'éviter aussi que les émotions d'origine endopsychique ne soit envahie par la représentation du réel (Bion, 1962, p.44).



Retournement de la fonction alpha

- ▶ Les impressions des sens ne sont pas « digérées » mais sont ressenties comme « des choses en soi » (Bion, 1962, p.24)
- ▶ Nommés éléments-béta par Bion, ils participent ainsi à la fois de l'objet inanimé et de l'objet psychique sans qu'il soit possible de les différencier : « les pensées sont des choses, les choses sont des pensées ; et elles ont une personnalité » (Bion, 1963, p.28).
- ▶ la nature des éléments-béta est profondément paradoxale : une perception subjectivée par le processus hallucinatoire, ressentie comme exceptionnellement objective par le sujet schizophrène
- ▶ Manquant d'éléments-alpha, la barrière de contact ne peut remplir sa fonction de membrane entre l'inconscient et la conscience
- ▶ Le sujet se retrouve ainsi environné par des objets primitifs hostiles que Bion nomme des « objets bizarres » (expulsion éléments bêta avec traces du Moi et du Surmoi)

Cas clinique

- ▶ Octave est un jeune homme de 29 ans. Ses parents vivent avec son petit frère, dans un pavillon d'une commune de la périphérie nantaise. Il est de taille moyenne et a gardé de ses années de pratiques du football et du motocross une allure athlétique. Il a la peau claire, des cheveux châtons et les yeux bleus. Il s'habille habituellement avec des joggings et des chaussures de sport « de marque ». Il a l'habitude de rentrer le bas de son pantalon dans ses chaussettes. Il porte également depuis plusieurs années un long collier de barbe bien entretenue, qui l'identifie dans l'hôpital comme un jeune « radicalisé ».
- ▶ Mais nous ne l'avons pas toujours connu avec cette présentation dans le service. Octave a commencé à aller moins bien quand il avait environ 15 ans. Ses parents font le lien avec le début de sa consommation de cannabis. Le père évoque de nombreuses crises clastiques au domicile, Octave s'en prenant aussi bien aux objets qu'aux personnes. Il aurait notamment tenté de poignarder son père. Les parents d'Octave l'ont accompagné à plusieurs reprises aux Urgences Médico-Psychologiques (UMP) sans qu'aucune de leur demande d'hospitalisation ne soit validée par un psychiatre. À la demande de ses parents, Octave a également rencontré un addictologue pour sa consommation de cannabis, mais il n'a pas voulu amorcer de suivi. Des propos délirants sont également présents : Octave pense avoir des dons et une mission pour enlever la misère dans le monde. Il dit être allé se balader dans les « quartiers chauds » de la ville pour "éliminer la violence

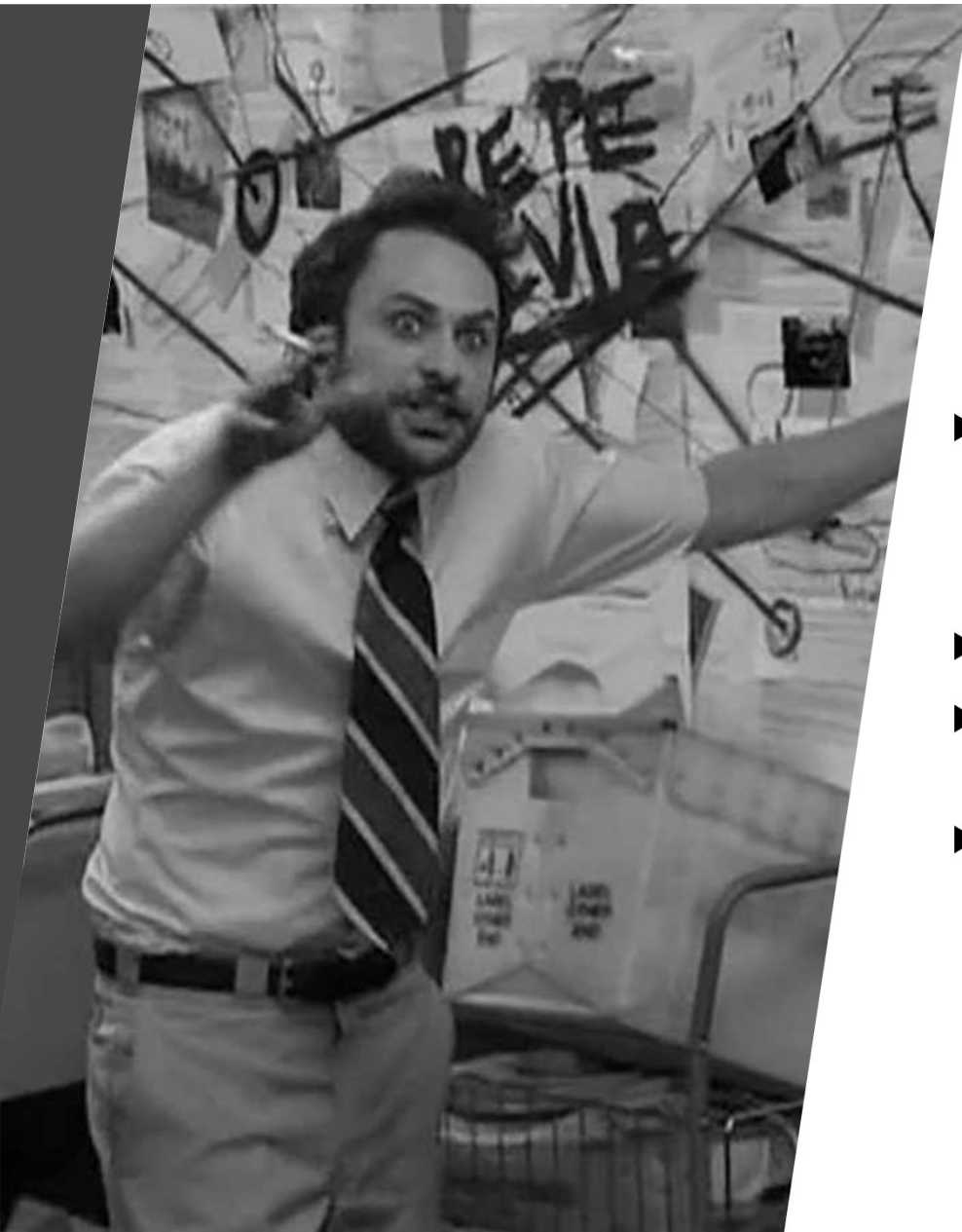
- ▶ Sa première rencontre avec la psychiatrie à lieu en 2012. Il a 21 ans et est hospitalisé pour la première fois , en soins à la demande d'un représentant de l'État (SDRE) à la suite d'un voyage pathologique à Paris. Octave présente un délire autour du chanteur Médine, qu'il pense être un membre des Illuminatis. Guidé par une lumière vers une voiture, qu'il croit être celle du rappeur, il en a cassé les vitres pour dormir dedans
- ▶ Les parents d'Octave ont observé une majoration des troubles depuis 6 mois, à la suite d'une rupture sentimentale. Octave parle lui d'une dépression depuis cette rupture. Il dit s'être beaucoup alcoolisé dernièrement. Il évoque également d'un projet d'autonomisation qui n'a pas pu aboutir. Il envisageait de quitter le domicile parental et de prendre un appartement, mais sa recherche d'emploi n'aboutissait pas. Il rationalise d'ailleurs ses troubles en disant que « tout cela vient d'un problème d'argent ».
- ▶ L'hospitalisation dure un peu moins de deux mois, pendant lesquels Octave fugue à plusieurs reprises et consomme régulièrement du cannabis dans l'hôpital. Il ne critique que peu ses comportements transgressifs et ses idées délirantes. Sur un mode projectif, il se plaint de l'hôpital qui l'empêche d'avancer dans la vie, que ce soit par l'enfermement ou par les médicaments qui l'endorment trop. Octave sort finalement en programme de soin avec la mise en place d'un traitement neuroleptique retard par injection.

- ▶ Il va pendant un mois à l'hôpital de jour, sans réellement investir les activités proposées. Puis, il travaille de nuit comme intérimaire dans une usine et cesse son suivi en hôpital de jour. Au bout de trois mois de suivi ambulatoire, il est décidé avec Octave une fin du programme de soin, une diminution progressive du traitement avec un arrêt programmé trois mois plus tard.
- ▶ Pendant ces trois mois, Octave se présente aux consultations et vient faire ses injections au CMP. Il se livre peu en entretien, mais son état clinique reste stable. Un fois la contrainte levée, le suivi d'Octave sera assez chaotique. Il ne prend pas régulièrement son traitement, rate des rendez-vous. Sa mission d'intérim se termine, il semble avoir peu d'activité. Il passe ses journées chez ses parents et consomme du cannabis.
- ▶ Il acceptera deux fois d'être hospitalisé pour une nuit, dans des moments d'angoisse dissociative importante, marquées par un sentiment de perte d'identité (« je ne sais plus qui je suis »). Il évoque alors des idées délirantes, notamment l'impression d'être attaqué par des djinns, qui lui sont apparues en lisant le Coran. Nous faisons l'hypothèse que ces courtes hospitalisations sont en lien avec un vécu abandonnique, puisque la première fait suite au départ en congé maternité de sa psychiatre et la seconde, au départ en vacances de ses parents.

- ▶ Malgré ces difficultés, Octave réussit à se maintenir à l'extérieur pendant plus d'un an. Cependant, en 2014, il sera hospitalisé en soins psychiatrique à la demande d'un tiers (SPDT), à plusieurs reprises, pendant quelques semaines. C'est à ce moment que je le rencontre.
- ▶ À cette époque, il consomme des quantités très importantes de cannabis et son discours et ses préoccupations sont centrées quasi-exclusivement sur la religion. Il se dit le messager d'Allah et qu'il est à l'hôpital pour apporter la bonne parole aux malades et guider vers le bien les mécréants « ceux qui font de mauvaises actions et qui ne croient pas en Allah ». Il n'adresse aucune demande à l'équipe soignante, hormis de pouvoir accéder à son téléphone pour écouter des prières. Il semble également regarder beaucoup de vidéos sur internet. Il s'intéresse notamment aux conflits dans le monde arabe. Il lui arrive ainsi, dans la conversation, de mettre au même niveau la contrainte de soins et les enfants palestiniens victimes des bombardements israéliens.
- ▶ Nos premiers échanges sont centrés sur des questions administratives (rendez-vous Assedic, arrêt de travail, etc.). Ces problèmes sont régulièrement mis en avant par Octave pour justifier sa demande de quitter l'hôpital. À ce sujet, il a le sentiment de ne pas être entendu par l'équipe. Nous essayons alors ensemble de trouver des solutions pour que son hospitalisation ne compromette pas les démarches déjà effectuées par lui. Les réponses données et leur efficacité concrète semblent lui apporter un certain soulagement. Lors de discussions informelles, il commencera alors à livrer des éléments de son histoire dans le patio de l'unité. Il évoque ainsi son premier rapport sexuel qu'il décrit comme « catastrophique » et qui a précipité la rupture avec sa petite amie. Il parle de sa révélation mystique lors de sa première décompensation. Il évoque notamment des mots en arabes apparaissant en lettre de feu sur son écran et qu'il arrive à lire (bien qu'il n'ait aucune connaissance de cette langue), annonçant qu'il est le nouveau prophète.

- ▶ Chaque hospitalisation découle d'une demande de ses parents, épuisés par son comportement agressif. Octave a également quitté à plusieurs reprises le domicile, sans donner de nouvelles, pendant quelques jours. Il dit qu'il n'est pas malade, que c'est un problème de relations familiales.
- ▶ Ses parents pensent, de leur côté, que les problèmes d'Octave proviennent pour l'essentiel de sa consommation de cannabis.
- ▶ Nous proposons un entretien familial durant lequel nous observons les rapports très tendus entre Octave et son père, notamment autour des questions de religion. Le ton monte rapidement entre eux, chacun essayant de donner tort à l'autre. Octave dira alors avoir subi des violences physiques, de la part de son père, durant son enfance. Celles-ci semblent constituer des éléments d'un traumatisme encore actif pour Octave, notamment sur le plan narcissique.
- ▶ Les parents disent eux souhaiter poser des limites à leur fils aîné. Ils l'informent alors qu'ils le reprendront au domicile, seulement s'il arrête de consommer du cannabis, prend son traitement et respecte les règles de la maison. Le père d'Octave dira qu'il « veut protéger [sa] famille », notamment leur fils cadet. Octave réagit immédiatement à ce qu'il vit comme un rejet de ses parents, en quittant l'entretien à deux reprises.

- Le lendemain de ce rendez-vous, Octave me demande un entretien. C'est la première fois qu'il demande à parler. Il souhaite revenir sur l'entretien familial de la veille. Son discours est davantage dissocié, mais il critique le fait qu'il cherche à imposer sa perception religieuse du monde aux autres. Il m'explique qu'il le fait par inquiétude, car il craint que ses proches aillent en enfer. Il dit qu'il faut qu'il écoute davantage ce que les autres lui renvoient, pour apprendre à mieux se connaître lui-même.
- Les jours suivants sont marqués par une grande ambiguïté (Bleger, 1967) avec une sthénicité importante et un sentiment de toute puissance, mais aussi des éléments évoquant un début d'insight et d'alliance thérapeutique. Ainsi, il nous répète qu'il n'est pas malade, mais nous dit qu'il veut bien rester quatre mois hospitalisés pour nous montrer que nous nous trompons.
- En résonnance avec les enjeux au domicile parental, il évoque également son angoisse quant au fait que nous pourrions l'empêcher de fumer des joints, une fois sorti de l'hôpital. Pour lui, c'est la seule manière de s'apaiser, surtout en soirée. Nous discutons de l'intérêt d'une limitation des risques et il évoque son souhait de diminuer sa consommation à un joint le soir. Il sait que cette consommation est incompatible avec un retour au domicile parental.
- Il me parle de son désir de louer un appartement et il évoque spontanément la possibilité "de visites du médecin". Nous parlons alors de ses symptômes et Octave déclare "je suis schizophrène", puis il se reprend. Il exprime un ressenti de violence en lien avec le diagnostic, dit qu'il n'y a pas de guérison, qu'il aura besoin d'un traitement au long cours avec un risque d'effets indésirables, etc.
- Il semble également difficile, à ce moment-là, de renoncer à ses rationalisations délirantes qu'il lie étroitement à sa conversion à l'Islam. Il évoque ainsi avec moi, lors d'une promenade dans le parc, l'importance de la religion : « c'est une question de vie ou de mort, si je n'avais pas la religion, je me suiciderais » ; au sujet de ses voyages pathologiques : « la religion est mon GPS, grâce à elle je ne me perds pas ».



Paranoïa

- ▶ Pas d'épidémiologie fiable : peu diagnostiqué (0,3 % à 2,5%), différentiel avec schizophrénie paranoïde
- ▶ Essentiellement masculine (70 %)
- ▶ Souvent personne bien insérée (travail, famille, etc.)
- ▶ DSM : troubles de la personnalité paranoïaques

Délire paranoïaque

- ▶ Trouble délirant relativement plausible, présenté de façon claire par un patient cohérent et, jusqu'à un certain point, convaincant
- ▶ Délire paranoïaque : conviction sectorisée, irréductible par la logique et systématisée
- ▶ Attaque du délire : méfiance, voire hostilité
- ▶ Hypervigilance, prise de note, querulence, psychorigidité
- ▶ Episodes dépressifs : on ne l'écoute pas, on l'abandonne (risque suicide/homicide)

Are you paranoid?

☐ Yes

☐ No, why?

Typologie

- ▶ Délire persécutoire : vécu d'attaque malveillante, plus ou moins généralisée
- ▶ Délire de jalousie : triptyque amoureux freudien (homosexualité refoulée)
 - ▶ Je l'aime
 - ▶ Je ne l'aime pas, je la hais
 - ▶ Je ne le hais pas, c'est lui qui me haït
- ▶ Délire érotomaniaque : le sujet est aimé par quelqu'un d'important (généralement), tout est signe d'amour, risque de retournement contre l'autre, contre soi

Cas clinique : Gabriel Fortin (Le Monde)

Devant la cour d'assises de la Drôme, le chef d'enquête venait d'évoquer les milliers de fichiers – dont certains de plusieurs centaines de pages – exhumés de l'ordinateur de Gabriel Fortin. Quinze ans de rancœur et d'obsessions déversés frénétiquement, jusqu'au triple assassinat et à la tentative d'assassinat de janvier 2021. Et depuis, un mutisme absolu, obstiné, opposé par l'accusé à toutes les questions qui lui sont posées. « *Avez-vous quelque chose à ajouter sur ce qui a été dit de votre personnalité ?* », lui avait demandé le président, Yves de Franca. « *Non.* »

A la question rituelle suivante « *avez-vous quelque chose à déclarer ?* », Gabriel Fortin s'exclame : « *Ah ben oui !* » Et déplie la feuille de papier manuscrite qu'il tient à la main. Il lit.



« Je souhaite dire que c'est beaucoup de mensonges, dans la continuité des faits dont j'ai été victime. J'ai envoyé de nombreuses plaintes aux procureurs de Chartres, de Valence, de Nancy. J'ai alerté le doyen des juges d'instruction, des députés, des ministres de la justice, le Défenseur des droits. Donc, toutes ces personnes, les procureurs, vous, Monsieur - il se tourne vers le siège de l'avocat général -, sont responsables de la situation. »

A la reprise de l'audience, Gabriel Fortin se lève dans le box, son stylo à la main.

« Toute l'enquête de personnalité a été à charge. Ils ont tous dit que j'étais nul, insubordonné, paranoïaque, psychopathe. »

Le président l'invite à poursuivre.

« Non merci. »

Chacun tente à son tour d'entrouvrir la forteresse Fortin. M^e Denis Dreyfus, l'un des avocats de la partie civile, s'approche à pas comptés, tend la main :

« Gabriel Fortin, nous voudrions comprendre. Etes-vous un homme qui a souffert, qui a vécu des injustices ? Et qui a envie de le dire ? »

Silence.

L'avocat général, Laurent de Caigny, tourne autour du box comme le renard cajoleur de La Fontaine au pied de l'arbre du corbeau.

- « Gabriel Fortin, ce matin, vous m'avez aidé, vous m'avez corrigé [l'accusé avait consenti à apporter une précision sur une plainte déposée pour... un vol de vélo], et je vous en remercie. Alors j'aimerais que vous m'aidiez encore sur quelques points du dossier. Par exemple, sur votre expérience professionnelle en Allemagne [le premier poste d'ingénieur salarié occupé par l'accusé au début des années 2000]. Il semblerait que vous ayez été heureux, là-bas...

- Je ne répondrai pas.

- Je comprends très bien. Mais vous avez dit aussi à un moment que les fichiers informatiques versés à votre dossier étaient tronqués... [L'accusé avait dénoncé d'une phrase incompréhensible leur « origine douteuse »] Pourriez-vous apporter des précisions ? Parce que, voyez-vous, c'est important, je ne voudrais pas commettre d'erreurs... »

Gabriel Fortin lève la tête du papier sur lequel il griffonne avec frénésie. « *Il y a des choses corrompues* », dit-il, puis se remet à écrire. L'avocat général insiste, du même ton sucré. Il obtient en guise de réponse un borborygme dans lequel il est question d'une « *note 1 956* », sans doute le numéro d'une cote ou d'une page de son dossier d'instruction, qui prouverait, selon lui, que son téléphone était placé sur écoute « *dès 2010-2012* ». Consternation dans la salle d'audience.

L'un des deux jeunes avocats de Gabriel Fortin, M^e Romaric Chateau, prend le relais. Lui aussi semble chercher désespérément un code d'entrée. Il revient aux multiples courriers et mails de récriminations adressés par Gabriel Fortin aux procureurs, aux députés, aux gardes des sceaux successifs, au président de la République, au Défenseur des droits, dont il conservait les doubles, ainsi que ceux des plaintes dans lesquelles il se disait victime de vols, d'intrusion à domicile ou d'escroqueries bancaires.

-« Elles ont donné quoi ? Vous avez reçu quelque chose ?

- Rien. Rien. Rien.

- Ressentez-vous une souffrance par rapport à l'injustice que vous estimez avoir vécue ?

- Oui. Oui. Oui. C'est évident.

- Considérez-vous que vous n'avez pas été entendu ?

- Là je sature avec les questions. Je suis désolé.

- Moi aussi... », souffle son avocat, qui poursuit :

- « Avez-vous confiance dans la justice ?

- Non, non, non. C'est évident.

- Que faites-vous, maintenant, en détention ?

- Sport. TV.

- Et vous continuez à noter ?

- Oui, je note. C'est ça qui m'intéresse. »

Psychose maniacodépressive

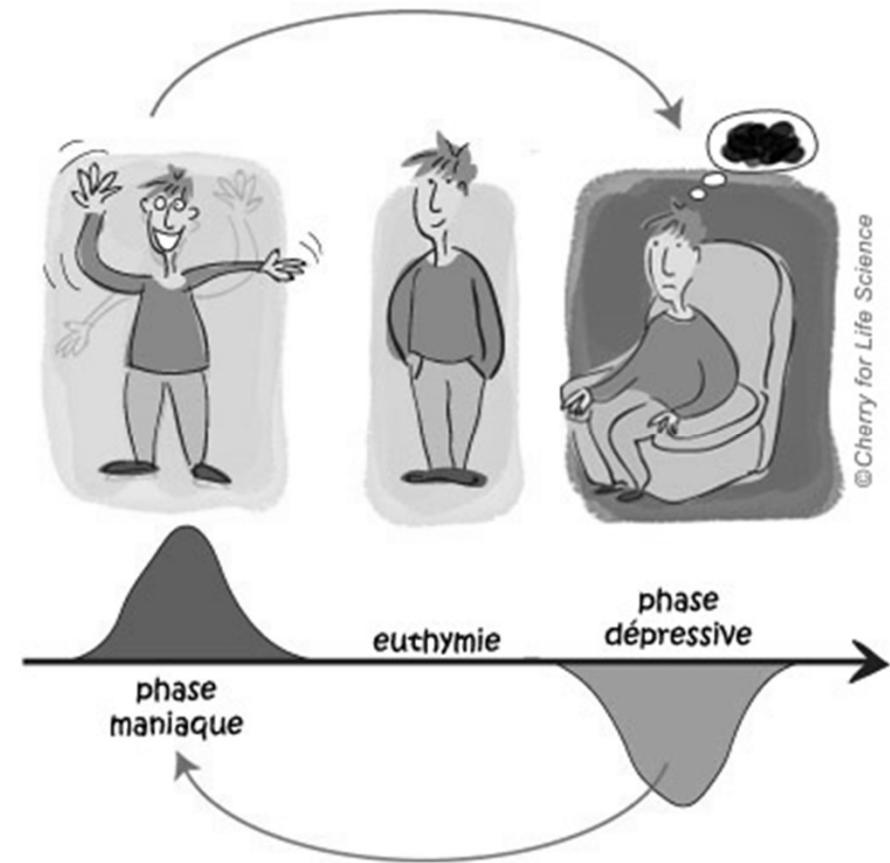
- ▶ Passage à la dénomination de troubles bipolaire et rattachement aux troubles de l'humeur
- ▶ 1 à 2 % de la population
- ▶ -10 ans d'espérance de vie
- ▶ Forte prévalence des facteurs organogénétique (risque 10 % pour 1 parent PMD, 30 % pour 2 parents)



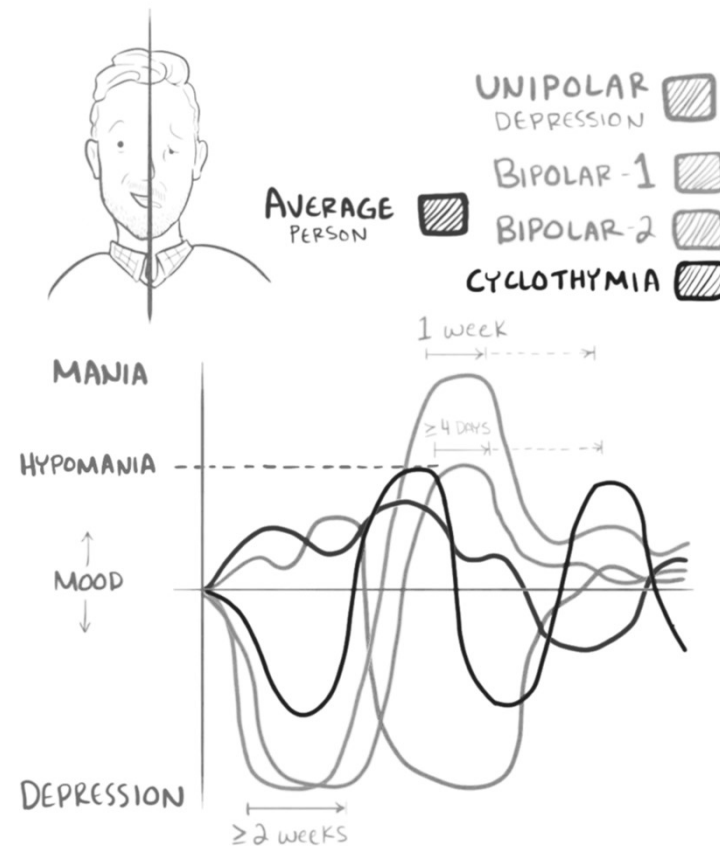
Being
bipolar

Being
bipolar

- Apparition des troubles de l'adolescence jusqu'à quarantaine (mais retard diagnostique moyen de 10 ans)
- Alternance de phases dépressives et de phases maniques entrecoupées de phases euthymiques + ou - longue (parfois épisodes mixtes)
- Importances des facteurs environnementaux et de l'hygiène de vie dans les risques de décompensation



- ▶ Type 1 : dépression mélancoliforme + états maniaques
- ▶ Type 2 : dépression mélancoliforme + hypomanie
- ▶ Cyclothymie : dépression + hypomanie
- ▶ Unipolaire : dépression mélancoliforme



Phases dépressives

- ▶ Symptômes dépressifs : tristesse, anxiété, troubles du sommeil, de l'appétit et de la concentration, anhédonie, perte de l'élan vitale, ralentissement psychomoteur, etc.
- ▶ Spécificités mélancoliques : culpabilité envahissante + ou - délirante, incurabilité, vécu de déchéance et/ou de ruine, hypocondrie (syndrome de Cottard), etc.



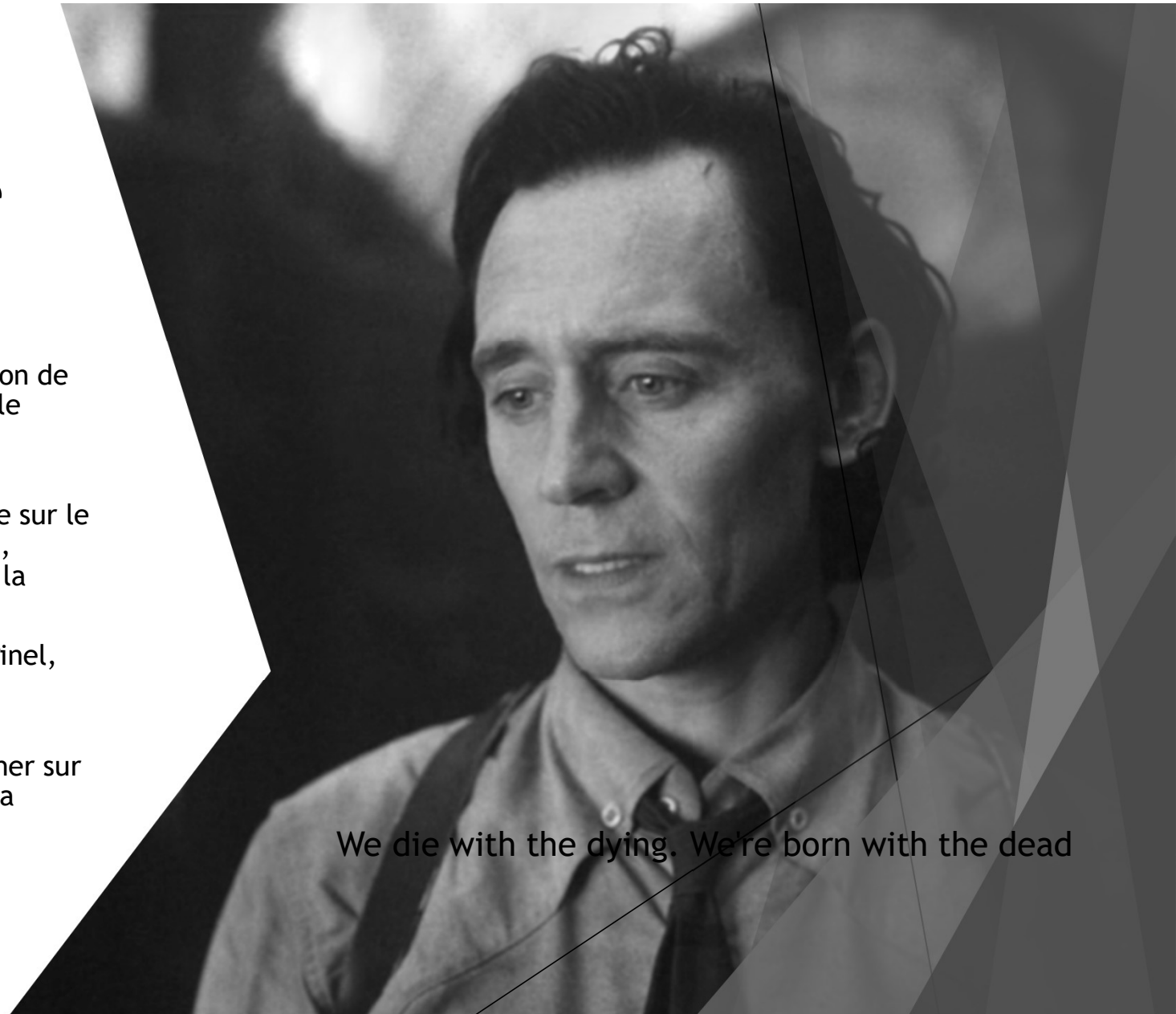
Phases maniaques

- ▶ Humeur élevée
- ▶ Troubles du cours de la pensée : tachypsychie, coq-à-l'âne, fuite des idées
- ▶ Agitation psychomotrice
- ▶ Logorrhée
- ▶ Mégalomanie, multiplication des projets
- ▶ Perte du sommeil (signal d'alerte)
- ▶ Désinhibition (conduits à risque, dépenses excessives, etc.)
- ▶ Labilité émotionnelle



Approche psychopathologique

- ▶ Deuil : perte de l'objet entraîne transformation du moi par introjection de parties de l'objet perdu qui permet le détachement du lien
- ▶ Freud, *Deuil et mélancolie* (1915) : « l'ombre de l'objet est ainsi tombée sur le moi » : confusion moi/objet, collage, culpabilité comme retournement de la haine contre soi
- ▶ Position nostalgique mélancolique (Pinel, 2015) <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/rppg.065.0055>
- ▶ Manie : tentatives du moi de triompher sur l'objet, ne plus avoir à craindre de sa perte, déni du lien de dépendance



We die with the dying. We're born with the dead

Traitements

- ▶ Médicamenteux : normothymique (Lithium, anticonvulsivants, NLP), attention au virage maniaque sous ATD
- ▶ ECT phases mélancoliques résistantes
- ▶ Hospitalisation si nécessaire
- ▶ Psychoéducation +++
- ▶ Psychothérapie : verbalisation du vécu des décompensations, « deuil » des phases hypomaniaques
- ▶ Accompagnement des proches
- ▶ Accompagnement social (curatelle, tutelle, etc.)



Pôle d'organisation névrotique

Si, comme le souligne Freud dans *Malaise dans la civilisation* (1929), l'édification de la culture suppose le renoncement aux satisfactions sexuelles directes, alors les souffrances névrotiques disent le « dessous des cartes », l'envers du processus civilisateur et l'importance de la dimension sexuelle en son sens le plus large.

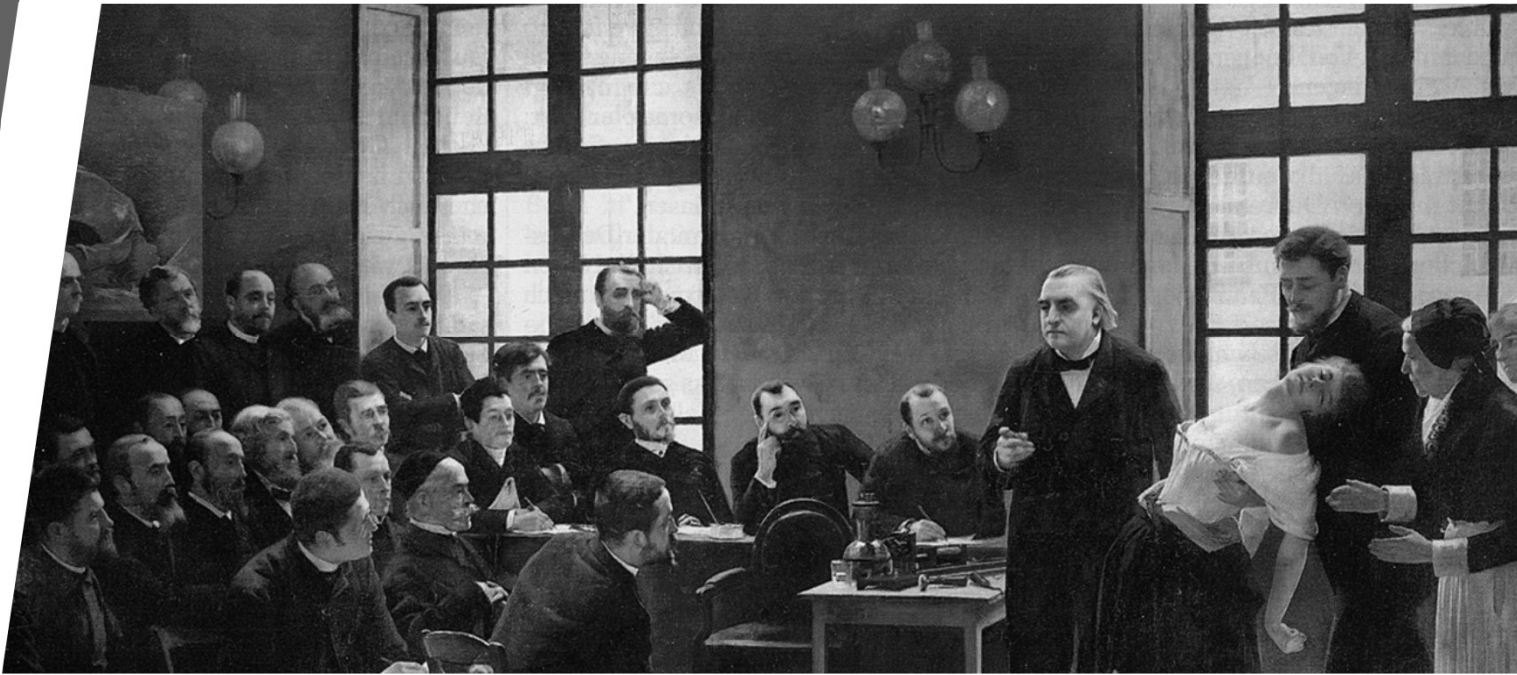
Alain Ferrant





Définition

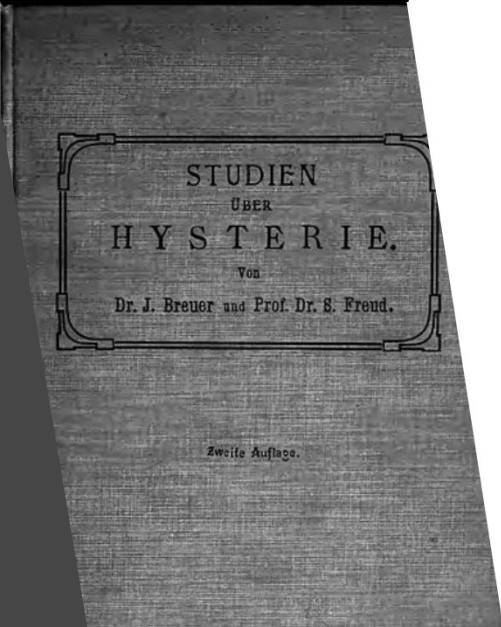
- ▶ La réalité est repérée
- ▶ Il n'y a pas de confusion soi/autre
- ▶ La névrose s'inscrit dans l'histoire du sujet
- ▶ Le conflit nodal des névroses se situe entre le moi et le ça, les symptômes en sont l'expression
- ▶ La souffrance provient du renoncement effectif à la satisfaction libidinale, elle se traduit principalement par l'angoisse et par la culpabilité



Hystérie



Anna O.



L'hystérie et l'invention de la psychanalyse

- ▶ Breuer & Freud, *Etudes sur l'hystérie* (1895)
- ▶ Renoncement à l'hypnose pour l'abréaction cathartique
- ▶ Association libre pour mettre en évidence les processus défensifs notamment de refoulement
- ▶ Emmy von N. : « laissez-moi raconter ce que j'ai à dire », « Restez tranquille ! Ne dites rien et ne me touchez pas ! »
- ▶ Origine sexuelle des troubles névrotiques (surtout pour Freud)
- ▶ Falsification des cas
- ▶ Trouble dissociatif de conversion (DSM 5)

Hystérie de conversion

- ▶ R/Q → refoulement → . /Q → conversion /Q
- ▶ Conversion : transformation d'une représentation refoulée en symptôme qui met le corps en scène
- ▶ Absence de matérialité du symptôme qui diffère des troubles psychosomatiques
- ▶ Théâtralisation n'est pas une manipulation (dimension inconsciente du processus)
- ▶ Somatisations hystériques comme palliatifs aux besoins du moi non reconnues ? Les réponses multiplient les malentendus (Janin, 1996)
- ▶ Traumatisme primaire ? Fantasme de séduction ?
- ▶ Une conversion rarement isolée...





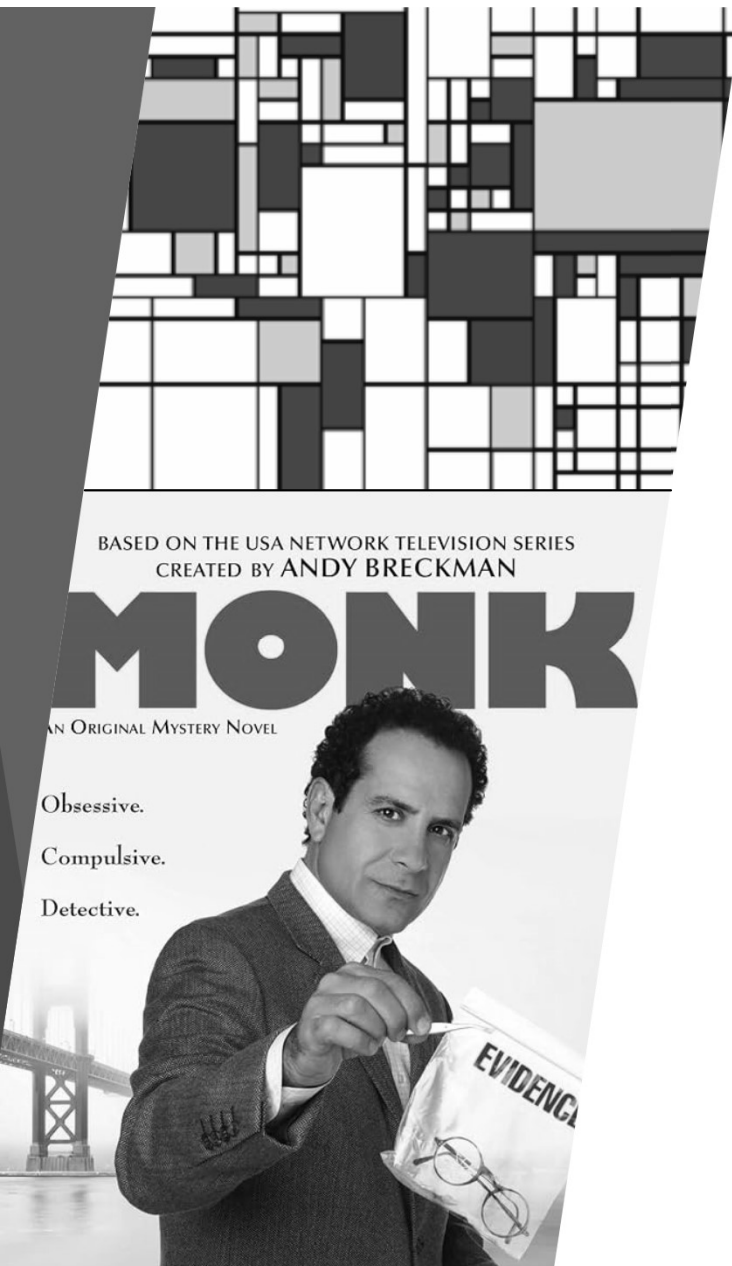
Hystérie d'angoisse et phobie

- ▶ $R/Q \rightarrow$ refoulement $\rightarrow . / Q \rightarrow$ développement d'angoisse $\rightarrow R'/Q$
- ▶ Importance du déplacement par associativité $\rightarrow$ symptômes phobiques
- ▶ Processus normal développemental qui prend appui sur des représentations culturelles (ogre, loup, requin, super-héros, etc.) = transits externes (Roussillon, 1992) qui permettent l'élaboration des processus internes
- ▶ Ce qui fait pathologique : fixité, pauvreté, envahissement du quotidien

Difficultés cliniques de l'hystérie et contre-transfert

- ▶ L'hystérie : un diagnostic contre-transférentiel ?
- ▶ Refus des interprétations et des solutions : « le désir d'un désir inachevé »
- ▶ Répétitions et bénéfices secondaires aux symptômes
- ▶ Intérêt de la méthode freudienne (l'analyste comme écran, la reformulation, le silence) ?
- ▶ Ne jamais négliger la souffrance
- ▶ La dimension relationnelle du symptôme comme opportunité thérapeutique





Névrose obsessionnelle

- ▶ Echec de l'hystérie d'angoisse et retour de R
- ▶ $R/Q \rightarrow$ refoulement $\rightarrow . / Q \rightarrow R' / Q \rightarrow$ angoisse $\rightarrow$ analité (rituels)
- ▶ Propreté et exactitude au 1er plan (retournement des désirs associés à souillure et désordre), toute puissance d'une pensée magique (rituels, litanie, etc.)
- ▶ Conduite d'emprise de l'entourage, de l'environnement à défaut d'un contrôle des processus internes (déliaison pulsionnelle et prima de la pulsion de mort $\rightarrow$ isolation, sentiment océanique)
- ▶ Risque important de désorganisation avec décompensations dissociatives

De la névrose traumatique vers le PTSD

- ▶ Freud : névrose de guerre, moi idéal guerrier/préparé vs. moi habituel affaibli et démuni → clivage → conflit narcissique
- ▶ Névrose traumatique : surprise, frayeur
- ▶ Confrontation avec la mort → débordement des capacités de représentation
- ▶ Trauma comme un événement hors du temps, hors de l'histoire
- ▶ Guerre du Vietnam : nombreux militaires présentant une symptomatologie spécifique (hypervigilance, remémoration, évitement, cauchemars, troubles du sommeil...)
- ▶ Peu d'influence de l'histoire du sujet



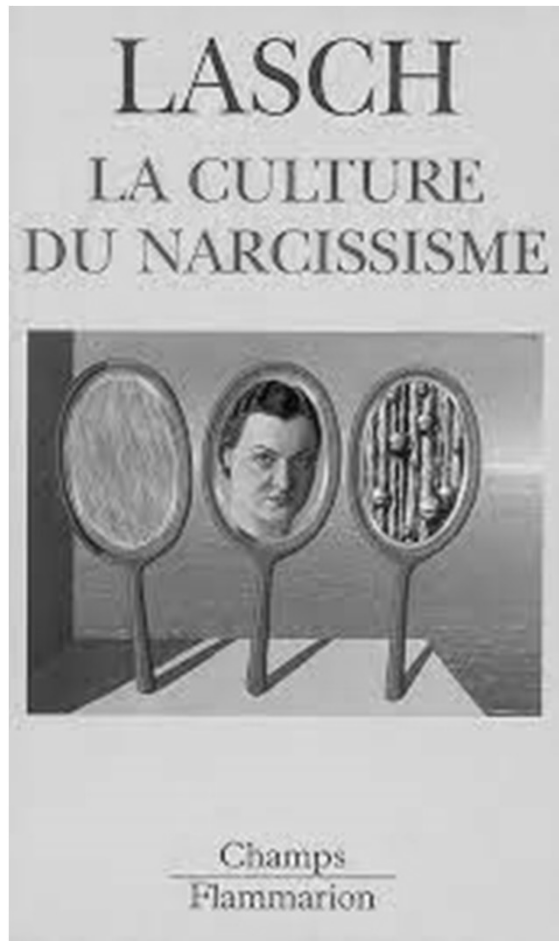
Entendre le trauma

- ▶ Travail de la culpabilité → retournement de la passivité, donc ne pas attaquer trop vite (tout en rappelant la Loi)
- ▶ Répétition de l'histoire trauma (capacité de contenance de celui qui écoute)
- ▶ Réaccroché le trauma au reste de l'histoire du sujet
- ▶ Ne pas réduire le sujet à son trauma (se méfier de sa propre fascination morbide)



Be yourself

Pôle d'organisation narcissique- identitaire



La culture du narcissisme, Lasch (1979)

- ▶ Individualisme n'est pas seulement un manque ou un défaut du politique, mais aussi du narcissisme comme stratégie de protection, voire de survie, de l'individu dans une société précarisée
- ▶ La figure de Narcisse ne coïncide pas avec celle de l'individualiste. Narcisse a besoin des autres pour s'estimer lui-même, il a besoin d'être reflété dans l'autre : « pour Narcisse le monde est un miroir ». Le sujet moderne vit dans l'insécurité qui le relie aux autres
- ▶ Culte de l'intime comme une réponse à l'exigence de transparence = un système inaperçu de contrôle social

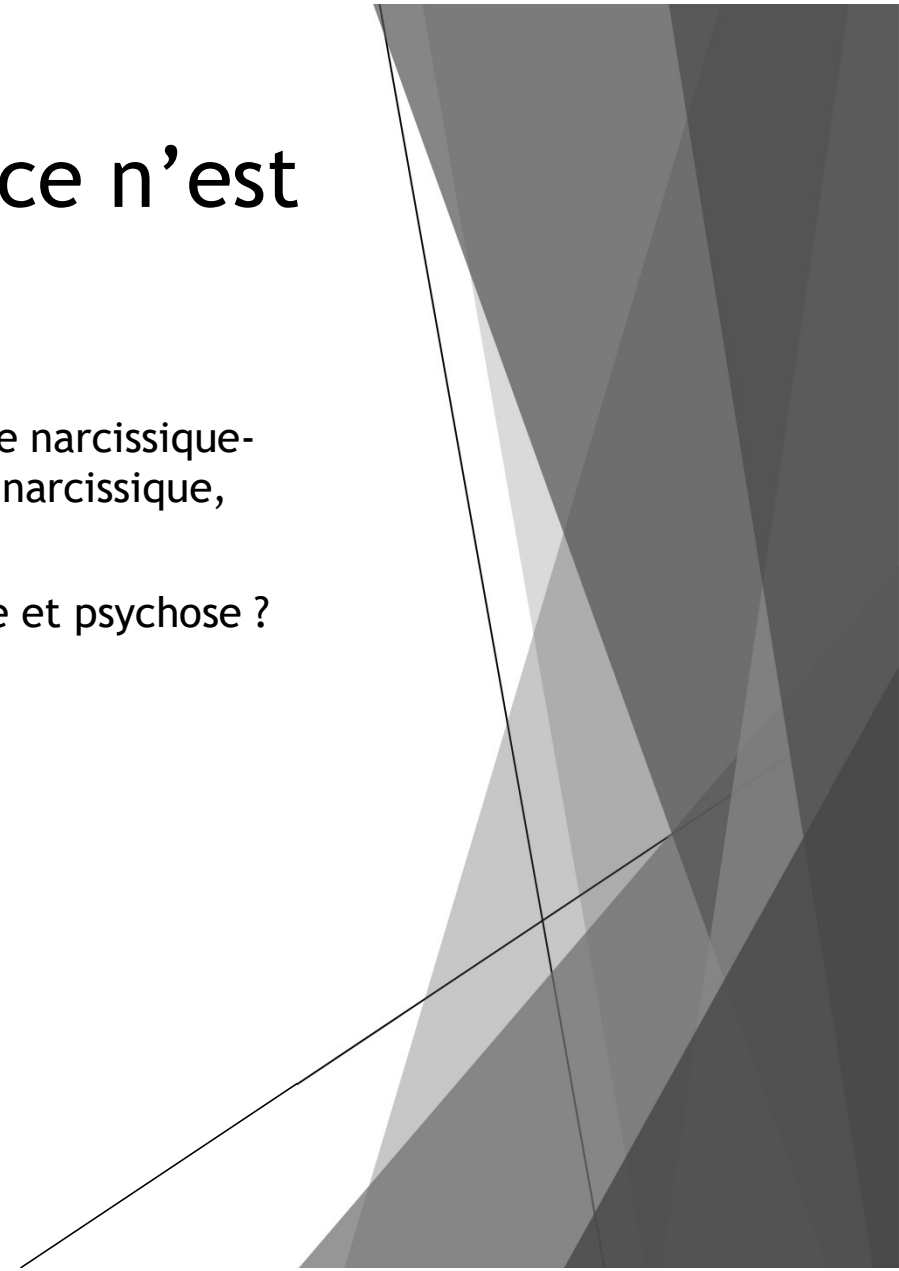


La nouvelle économie psychique, Melman (2009)

- ▶ La diminution des contraintes sociales qui pesaient sur l'expression du désir a imposé un impératif de jouissance aux sujets modernes
- ▶ Cette jouissance peut s'attacher à la consommation de biens ou de services
- ▶ Elle est également narcissique notamment dans la revendication communautariste qui se nourrit de l'illusion d'être tous identiques au sein d'un groupe homogène
- ▶ Disparition du sentiment d'altérité, fondateur de la reconnaissance de l'Autre comme sujet, au profit d'une utopie égalitaire. Or l'inégalité, au travers d'une asymétrie relationnelle, génère un manque qui nous arrime à l'Autre et permet au sujet de se différencier

De quoi parle-t-on ? (Parce que ce n'est pas très claire...)

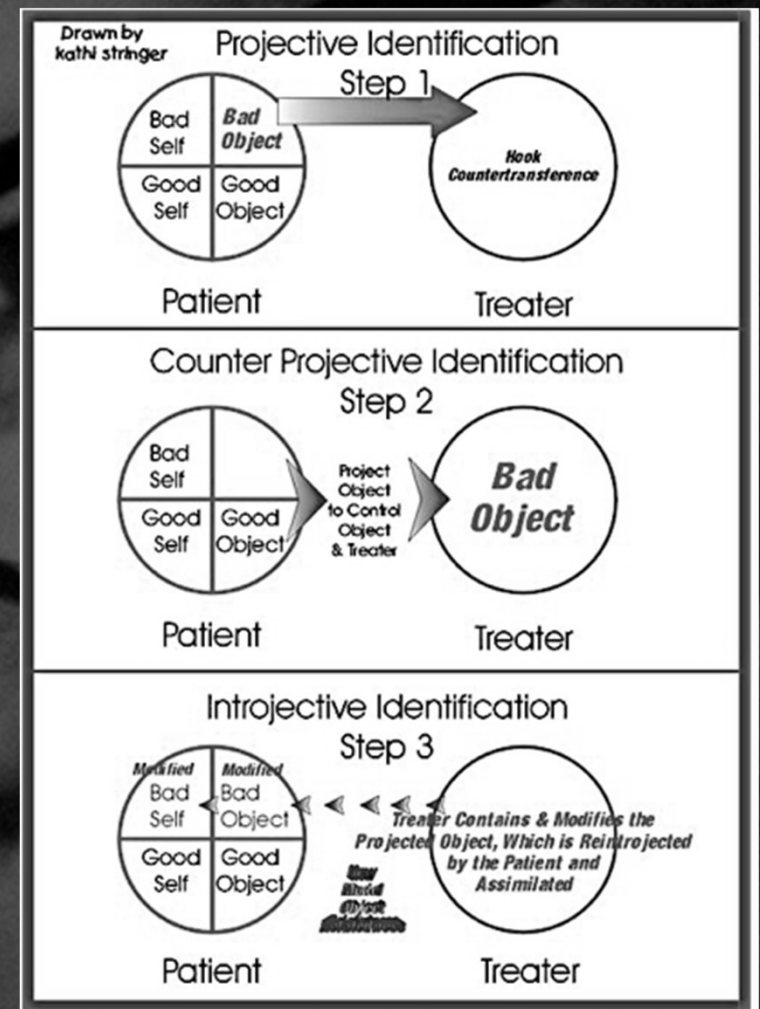
- ▶ Multiples dénominations qui ne se recoupent pas : souffrance narcissique-identitaire, état-limite, pathologie borderline, personnalité narcissique, psychose blanche, etc.
- ▶ Une absence d'organisation ? Une organisation entre névrose et psychose ? Une organisation à part ? Un fourretout ?



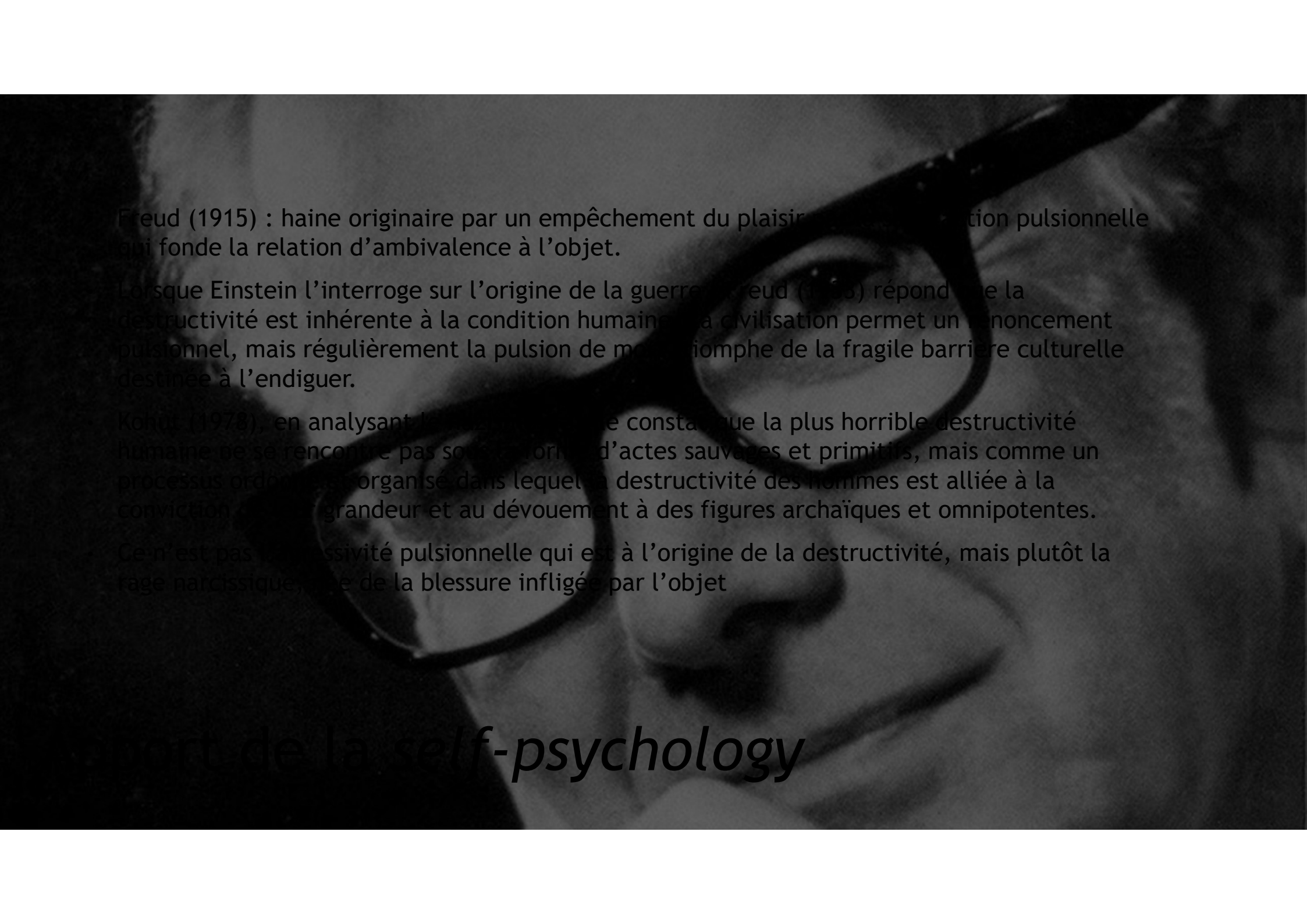


Apports de la psychanalyse américaine

Kohut (1971) remarque que chez les individus présentant un trouble de la personnalité narcissique, les versions grandioses et déprimées du self se succèdent alternativement.



Le but de la *self-psychology*



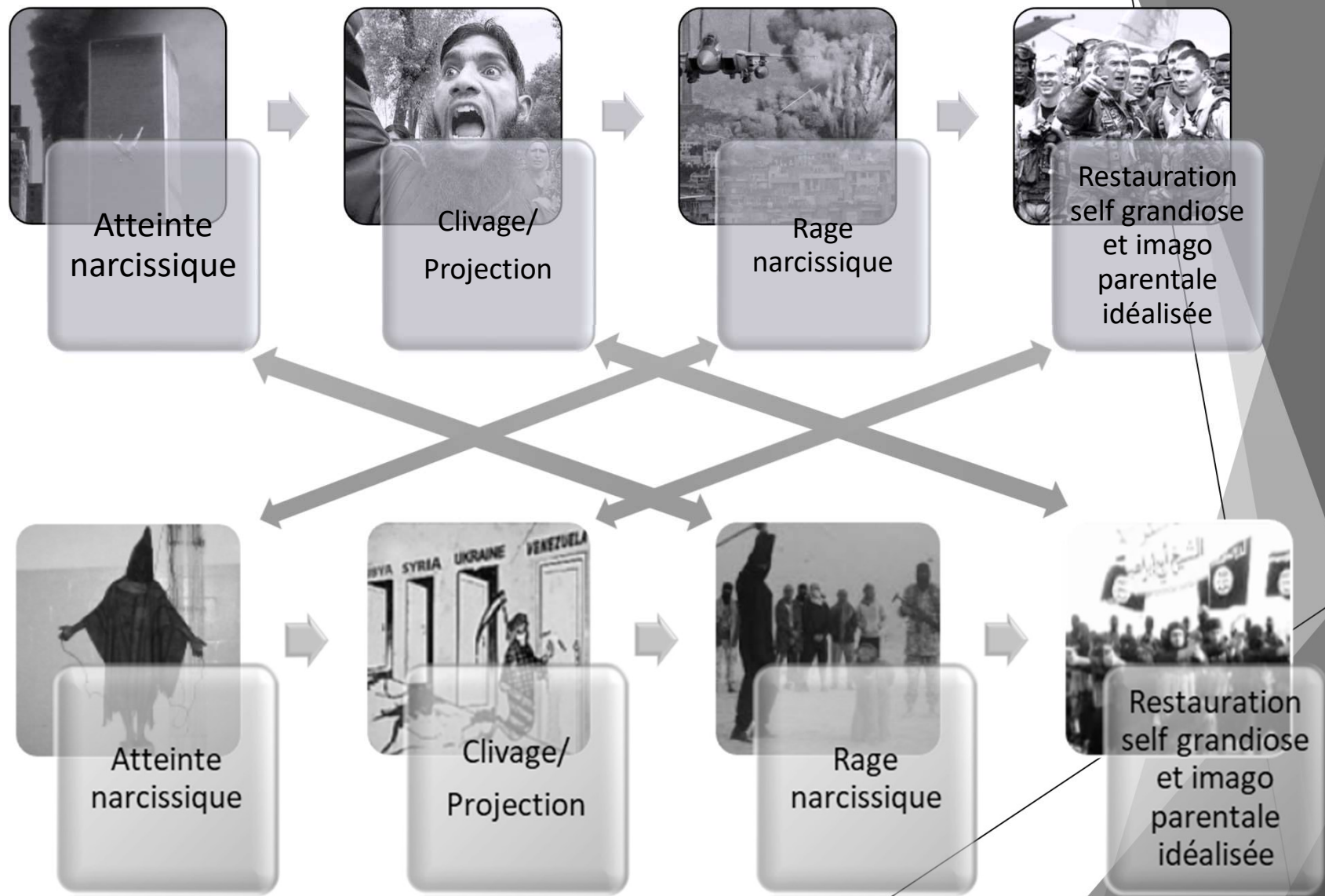
Freud (1915) : haine originaire par un empêchement du plaisir, la pulsion pulsionnelle qui fonde la relation d'ambivalence à l'objet.

Lorsque Einstein l'interroge sur l'origine de la guerre, Freud (1935) répond que la destructivité est inhérente à la condition humaine. La civilisation permet un renoncement pulsionnel, mais régulièrement la pulsion de mort triomphe de la fragile barrière culturelle destinée à l'endiguer.

Kohut (1978), en analysant le nazisme, a constaté que la plus horrible destructivité humaine ne se rencontre pas sous la forme d'actes sauvages et primitifs, mais comme un processus ordonné et organisé dans lequel la destructivité des hommes est alliée à la conviction de leur grandeur et au dévouement à des figures archaïques et omnipotentes.

Ce n'est pas la pulsivité pulsionnelle qui est à l'origine de la destructivité, mais plutôt la rage narcissique, née de la blessure infligée par l'objet

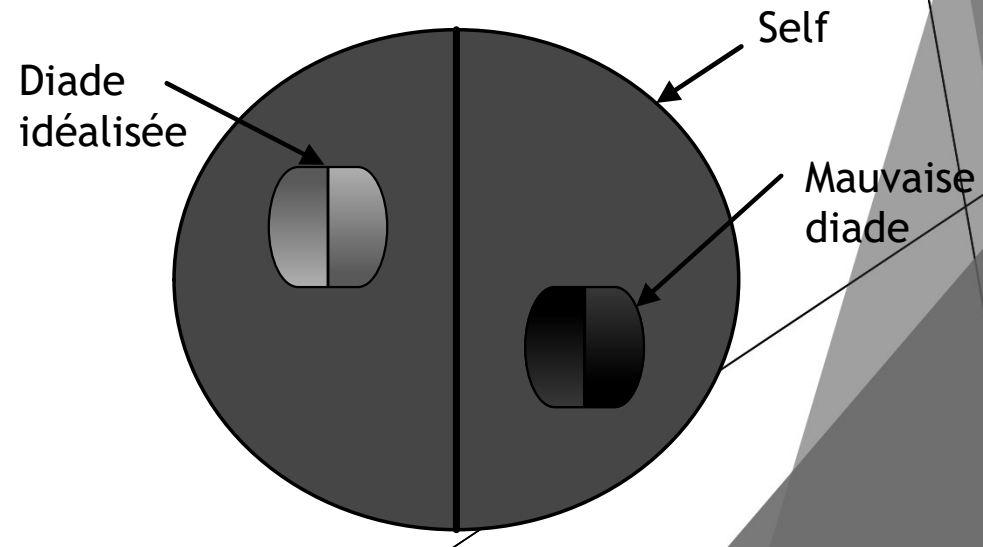
Le sort de la *self-psychology*



Otto F. Kernberg

Apport de l'*ego-psychology*

- Faiblesse du Moi : manque de tolérance à l'angoisse, manque de tolérance à la frustration, manque de développement des voies de sublimation
- Réactivation des fonctionnements primaires (clivage, dissociation, destructivité, identification projective, etc.)

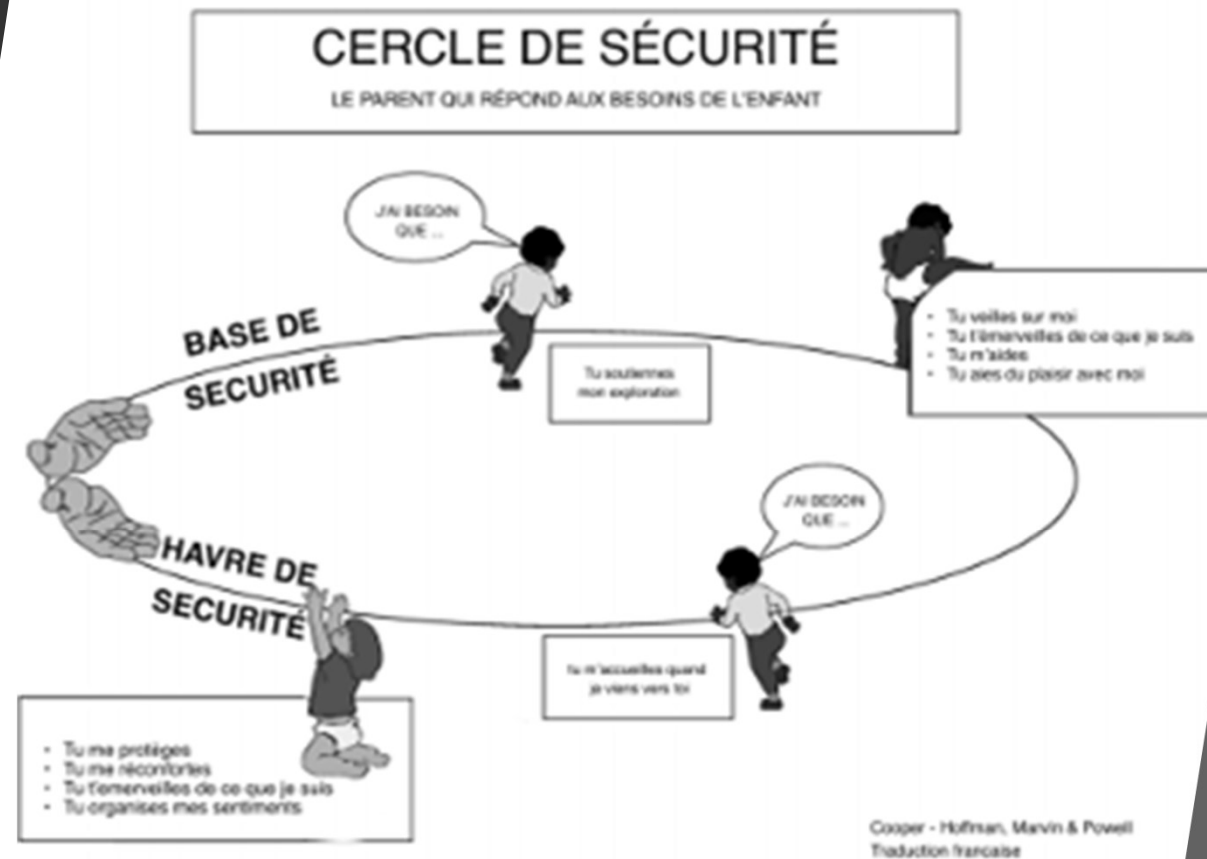


Sources de souffrance narcissique



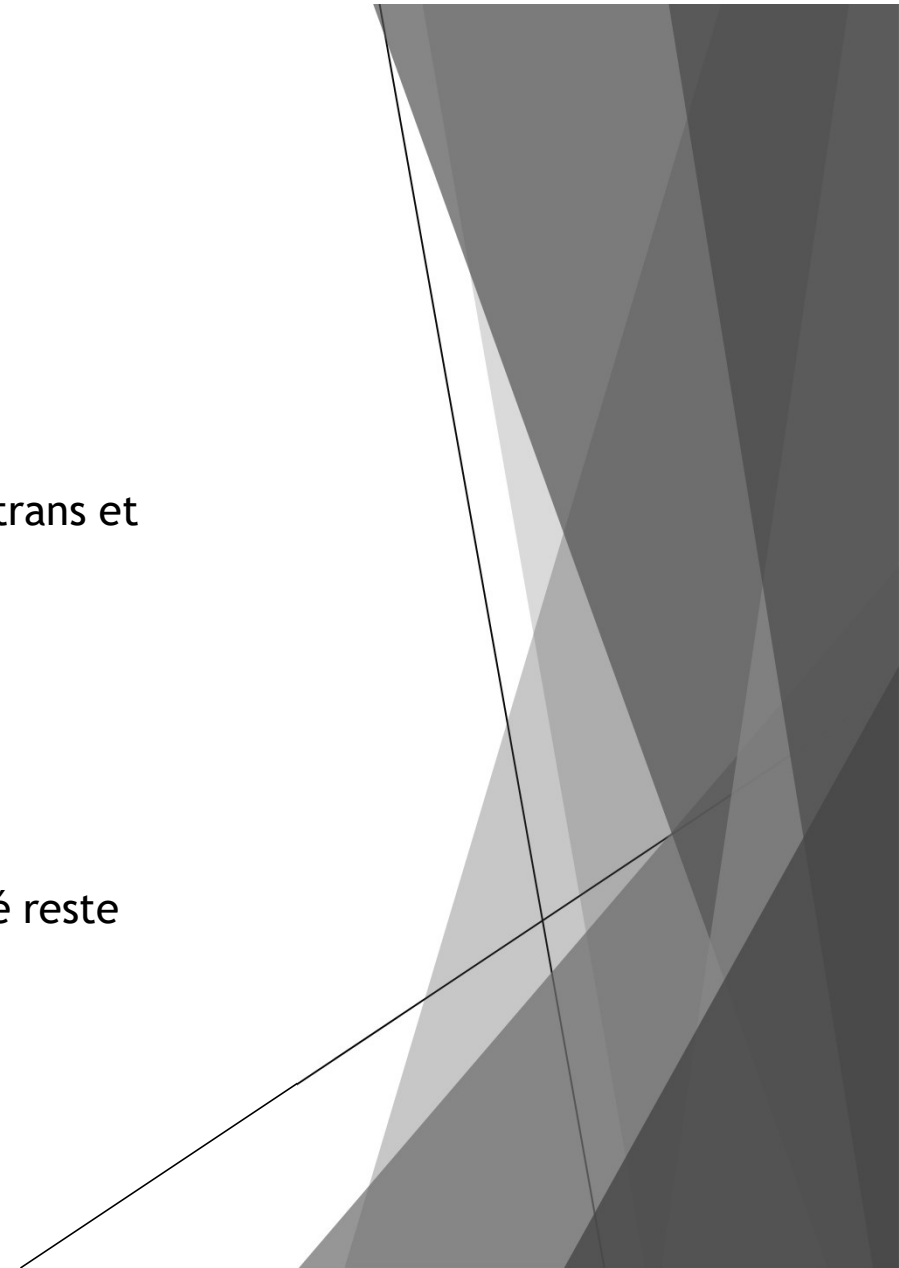
Travail de séparation

- Séparation suppose une différenciation (ce qui suppose d'avoir pu suffisamment se retrouver dans l'autre - fonction miroir) cf. Winnicott, Green
- Supporter l'écart ou la perte : on ne peut se séparer de l'objet qu'en gardant suffisamment une représentation interne stable. Sinon, réactivation des vécus abandonnique (angoisse d'être abandonné seul et sans recours qui met le narcissisme en péril)
- Supporter le deuil : suppose capacité d'autotransformation



Individuation et appui

- Être le même à travers le temps (sentiment de continuité)
- Une identité groupale (famille, amis, travail, culture, etc.) trans et intersubjective qui permet un étayage en 4 temps (Kaës) :
 - ▶ L'appui
 - ▶ L'empreinte (modèles identitaires)
 - ▶ L'écart (différenciation)
 - ▶ La reprise (autoérotisme)
- Si échec : dépendance à l'objet (insuffisamment différencié reste inséparable) et/ou construction en faux-self



Modèle de relation d'objet et aménagement



L'objet utilitaire : psychopathie

- ▶ L'objet n'existe pas comme sujet, objet jetable une fois qu'il ne rend plus service
- ▶ Personnalité caractérisée par : défaut d'empathie (égocentrisme) et absence de remords, les émotions semblent superficielles
- ▶ Intolérance à la frustration +++
- ▶ Comportement antisocial (défaut du rapport à la Loi) et agissements violents dans certaines situations qui tendent à disparaître avec le temps
- ▶ « L'expression "tendance antisociale" est utile parce qu'elle relie ce type de trouble à la normalité et à ce qu'elle est à son début : une réaction à une privation affective. Cette tendance peut se transformer en une compulsion vaine et l'enfant est alors étiqueté comme délinquant... Il s'agit d'un trouble qui se relie très facilement à ceux qui sont propres au syndrome de la croissance de l'adolescent... Chez un enfant, la tendance antisociale représente l'espoir (inconscient) relatif à la réparation d'un traumatisme dû à un sevrage affectif », Winnicott (1963)

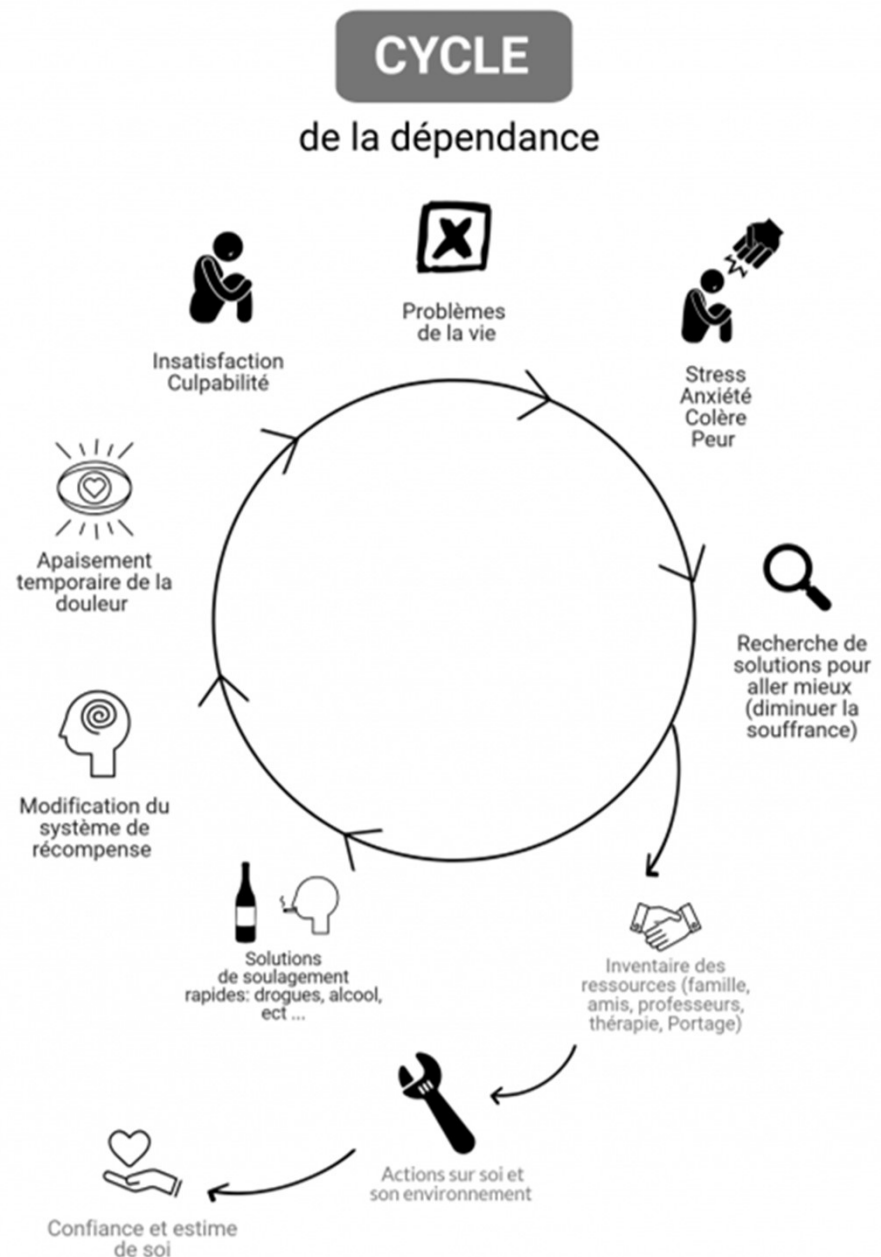
Chartier, J. (2007). Peut-on guérir le psychopathe ?. *Topique*, 99, 61-78. DOI : 10.3917/top.099.0061

L'objet évacuation : perversion

- ▶ Objet sert à contenir les aspects indifférenciés insupportables de l'objet donc impérativement nécessaire et constamment dénigré (lien pervers-narcissique)
- ▶ Évitement de la castration par maintien d'une toute puissance dans le contrôle de l'objet (Joyce Mc Dougall)
- ▶ Transformation du fantasme en « théâtre érotique figé », « mini-délire » : un agir qui évite l'élaboration psychique

L'objet idéal/impitoyable : addiction

- ▶ Objet idéalement constamment disponible, répétition à l'identique... finit par devenir un objet impitoyable
- ▶ Manque de l'objet interne (J. Mc Dougall)
- ▶ Défaillance des assises narcissiques = crainte de la dépendance à l'objet (danger pour le Moi)
- ▶ l'Addiction est un « moyen de contenir une relation objectale de dépendance et de maintenir un écart narcissico-objectal suffisamment sécurisant » Corcos et Jeammet (2006)



Passage par l'acte

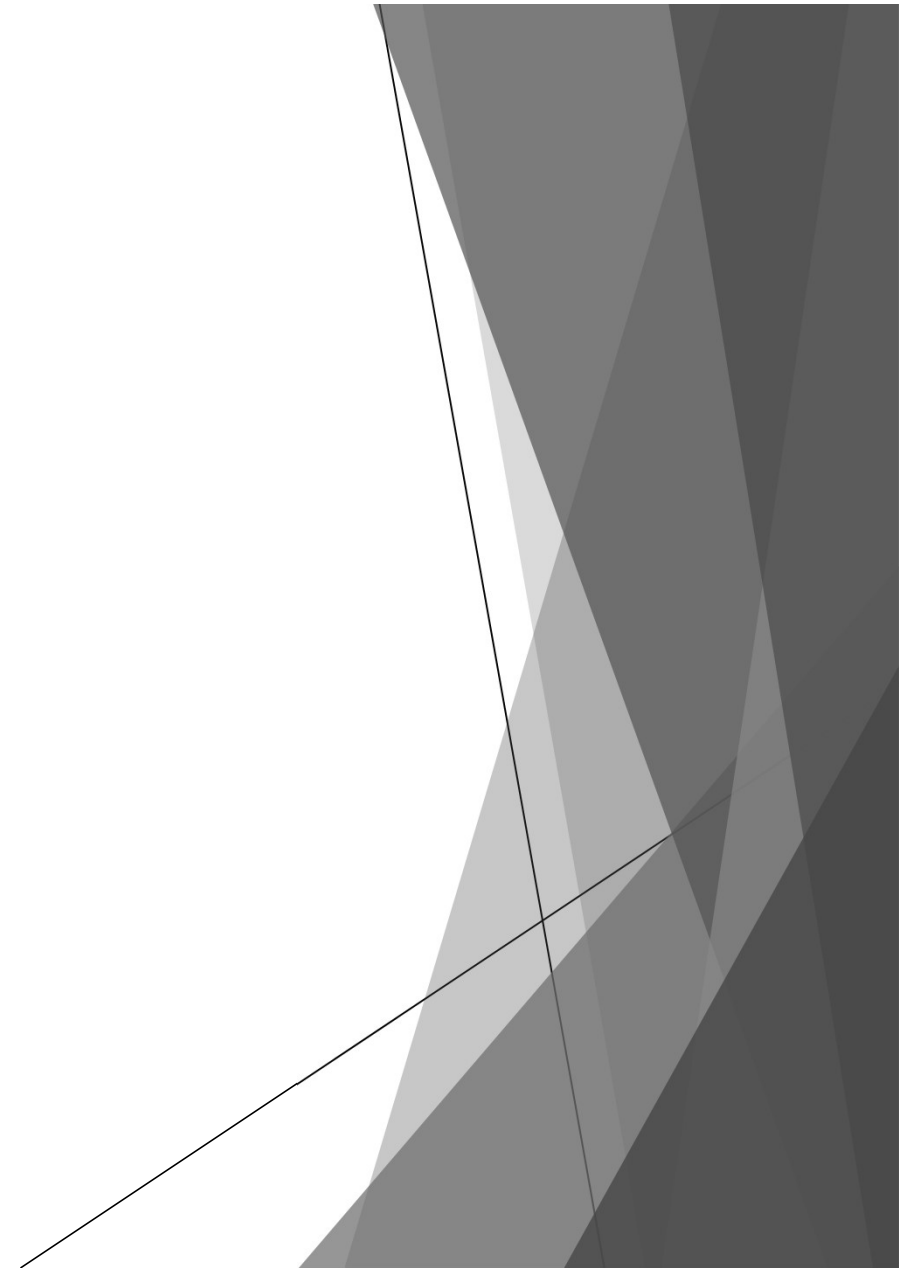
- ▶ Court-circuitage de la pensée pour apaiser l'angoisse
- ▶ Penser le passage par l'acte : le vol comme dédommagement, le vandalisme comme destructivité et retournement passif/actif, etc.
- ▶ Quelle réponse de l'objet ? (notion de survivance)
- ▶ Des agirs symbolisants ?



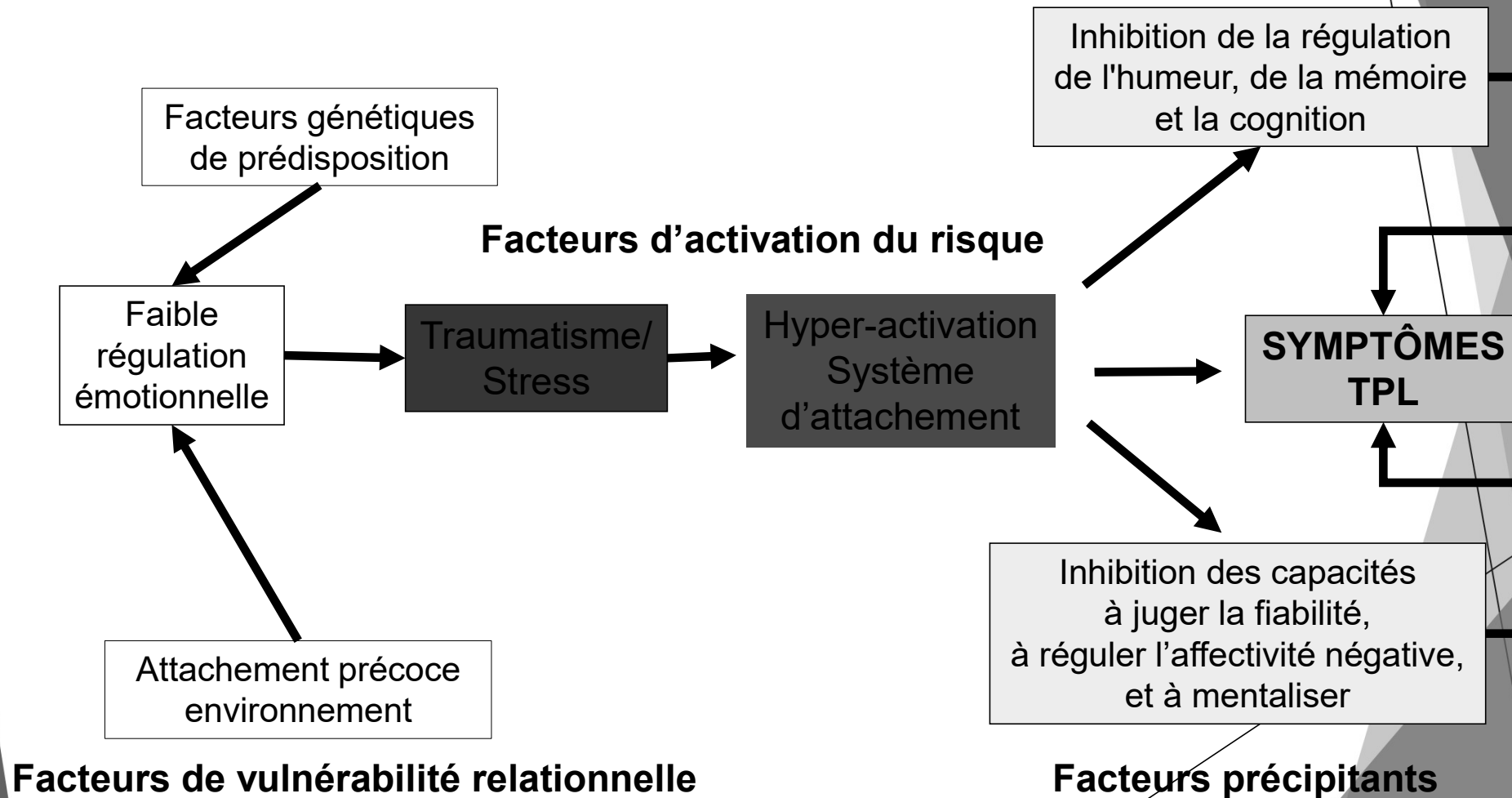
Mommy, Dolan (2014)



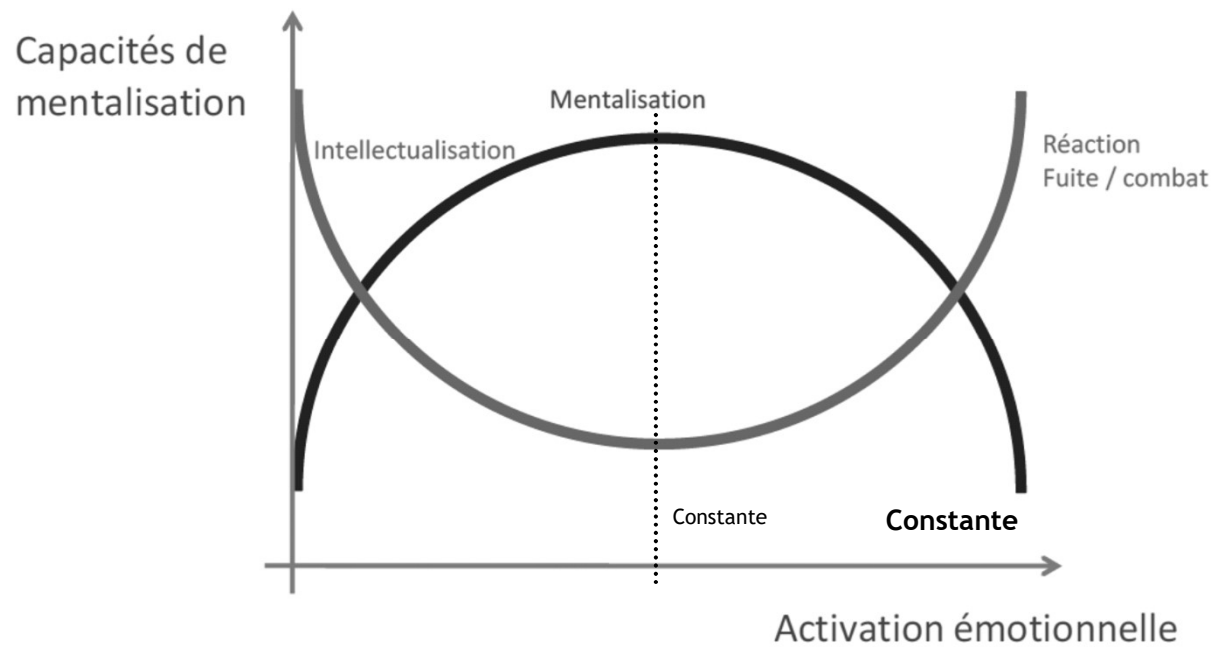
Apports des TBM



Modèle schématique du TPL



Focus : Émotions et capacité de mentalisation







Pôle d'organisation psychosomatique

Définition

- ▶ Un symptôme somatique réel
- ▶ Un symptôme psychique qui l'est tout autant !

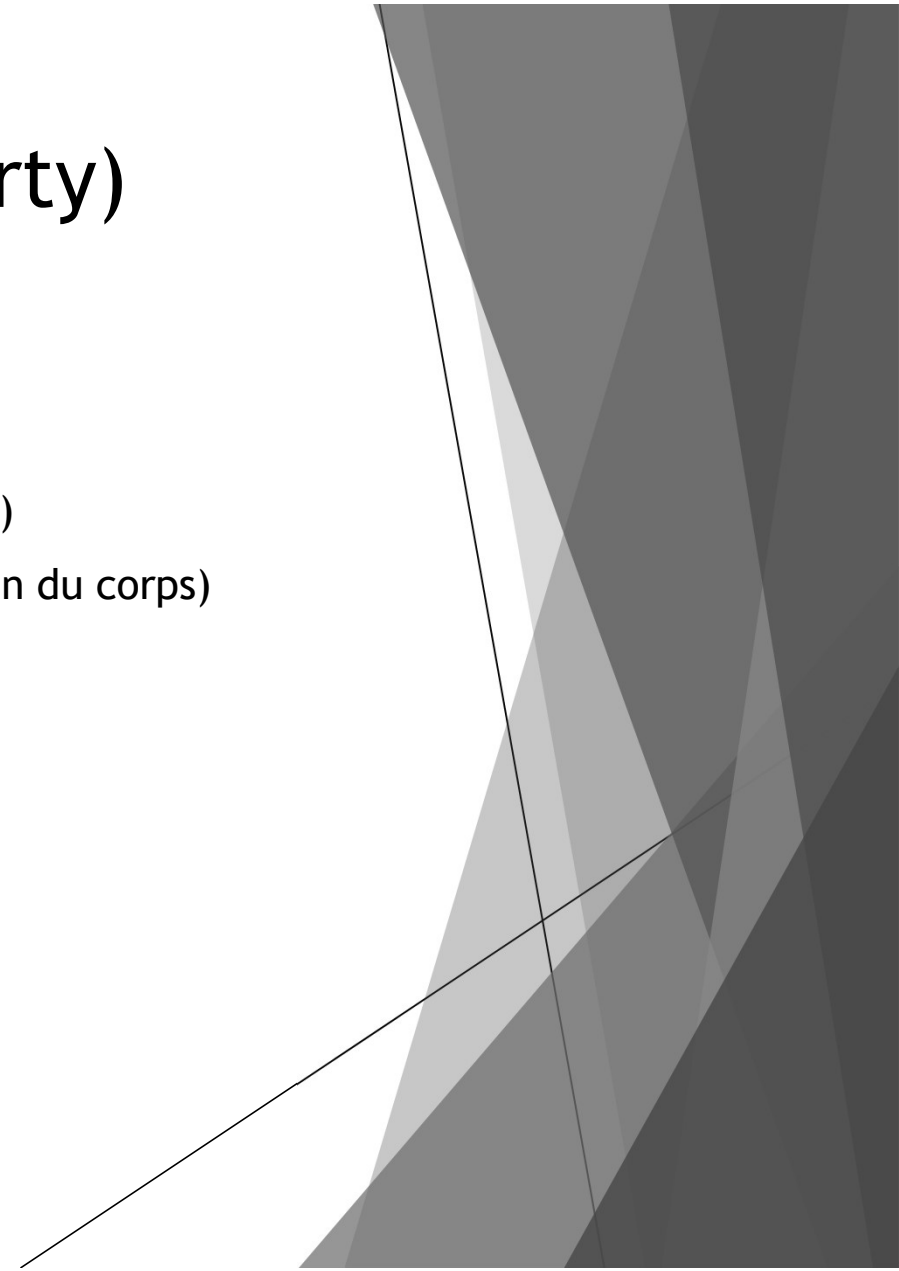


Fonctionnement opératoire (Marty)

- ▶ Monotonie du discours, impersonnel, floue
- ▶ Présupposé que le thérapeute sait l'histoire du patient
- ▶ Attente passive que le thérapeute vienne résoudre le problème
- ▶ Vécu deu thérapeute : cramponnement, d'emprise ou (par renversement) d'ennui

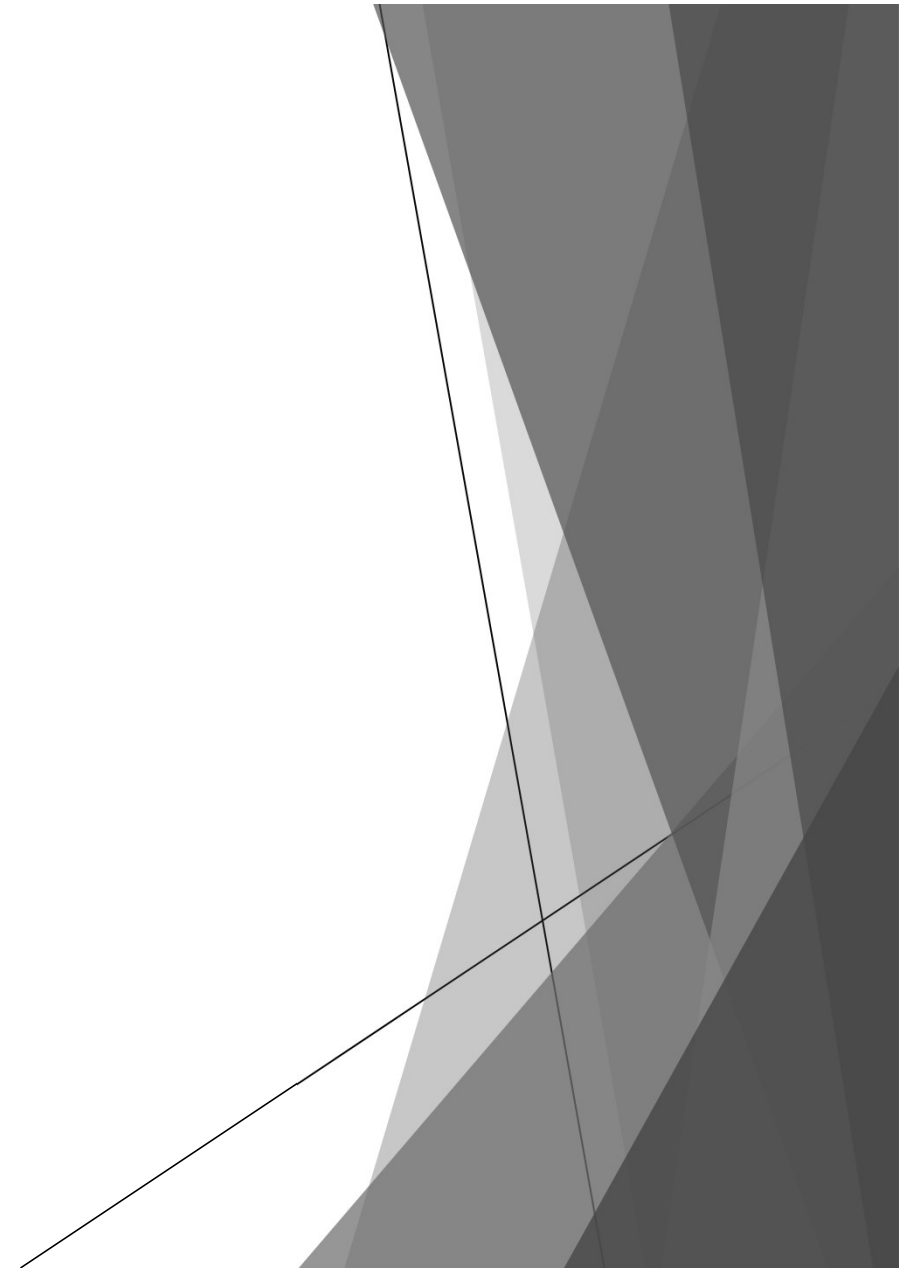
Fonctionnement opératoire (Marty)

- ▶ Affect n'est pas absent, il est neutralisé
- ▶ Abrasion des processus représentatifs du Moi (clivage du Moi)
- ▶ Identification adhésive au discours technique (externalisation du corps)



Anorexie : épidémiologie

- ▶ Apparition adolescence, voire pré-adolescence, voire...
- ▶ 0,5 % des filles et 0,03 % des garçons
- ▶ Mortalité : 5%

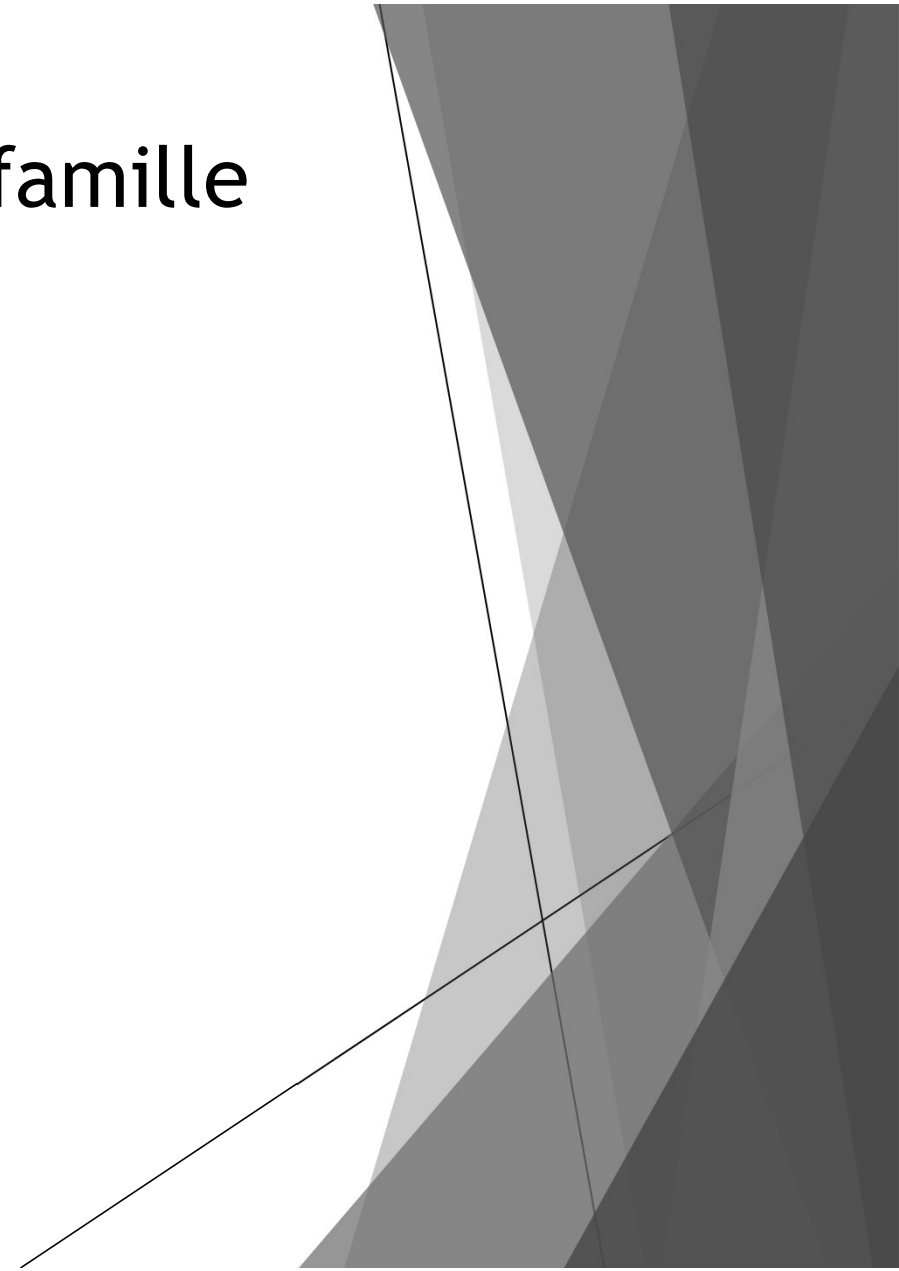


Anorexie

- ▶ Perte d'Appétit, Amaigrissement ($IMC < 17,5 \text{ kg/m}^2$), Aménorrhée (ou pas)
- ▶ Perception de soi : refus de reconnaître sa maigreur, perception déformée de son corps)
- ▶ Estime de soi : sentiment d'avoir le contrôle sur son corps, hantise de grossir (culpabilité, dégoût)
- ▶ La façon de s'alimenter (restriction, éviction de certains aliments, refus de s'alimenter, phases boulimiques) et certaines pratiques (vomissements provoqués, prise de laxatifs)
- ▶ Surinvestissement de l'activité intellectuelle et/ou sportive
- ▶ Attitude de détachement vis-à-vis des liens sociaux
- ▶ Maîtrise et transgression du dispositif

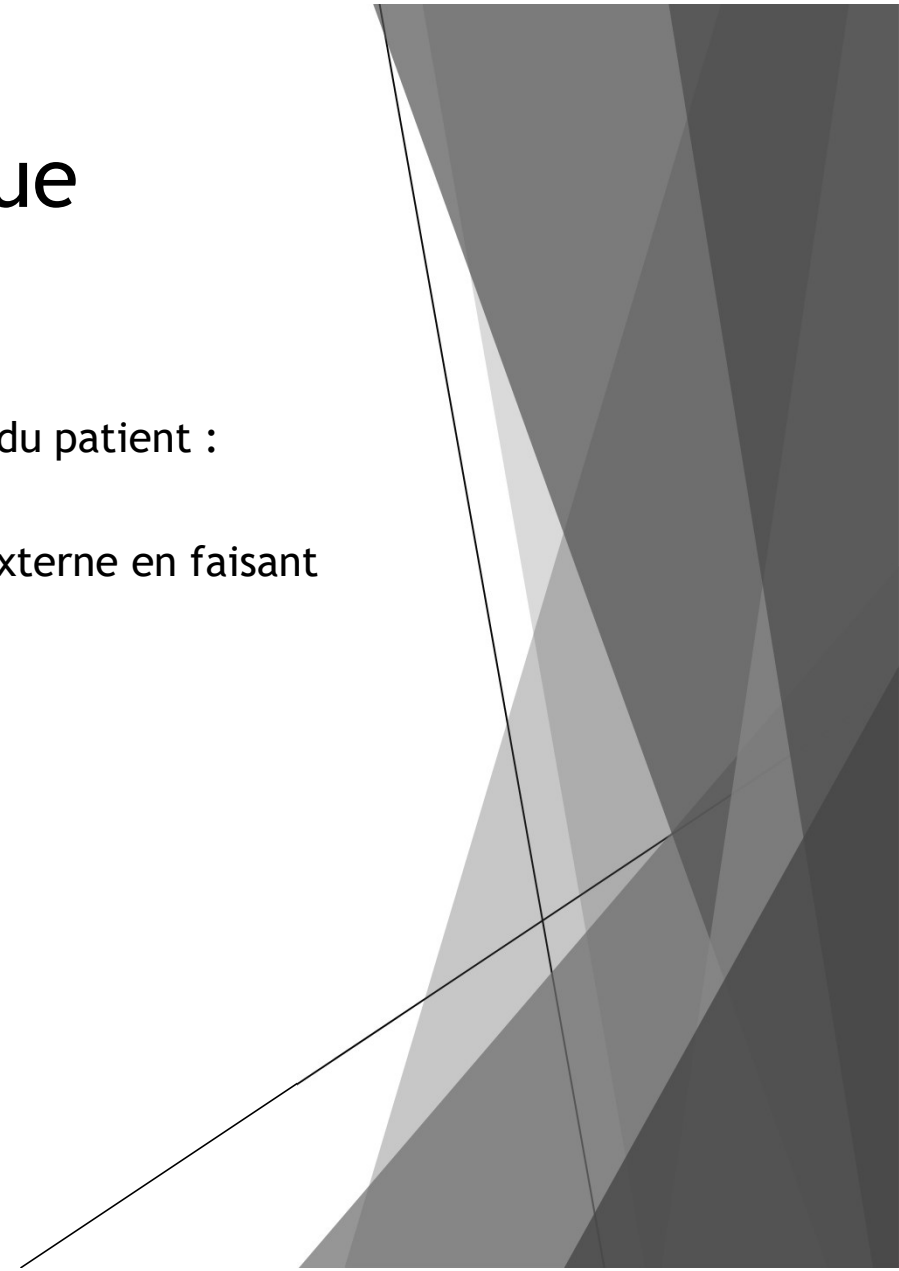
Anorexie : intérêt de penser la famille

- ▶ Importance de l'idéal du Moi
- ▶ Possibilité d'une séparation (empêcher de grandir) ?
- ▶ Cas clinique



Faire face à la maladie somatique

- ▶ L'annonce diagnostique ne correspond pas toujours au vécu du patient : travail psychique en urgence
- ▶ Clivage : « bon petit soldat » qui lutte contre une maladie externe en faisant corps avec les soignants ou déni des troubles



Difficile accompagnement

- ▶ Problématique de l'annonce : innocence imposée : « vous n'y êtes pour rien » ou culpabilité imposée : « c'est de votre faute »
- ▶ Problématique de temporalités : la temporalité de la maladie n'est pas toujours la même que la temporalité psychique
- ▶ Honte du malade (exposition de l'intime) et honte du soignant (décalage entre les idéaux et la réalité qui peut être projetée sur le « mauvais » malade)
- ▶ La maladie comme possibilité d'une réorganisation psychique