

le Carnet PSY

numéro 127 - juin 2008

www.carnetpsy.com



MENSUEL - 8 € (FRANCE) - 10 € (ETRANGER)

agenda.....	2
parutions du mois	11

BLOC-NOTES

Notes de lectures

- **Tout ne se joue pas avant trois ans** de Pierre Delion
 par *Sylvain Missonnier* 12
- **Exilés de l'intime** de Roland Gori et Marie-José Del Volgo
 par *Christian Bonnet* 15
- **La honte, ses figures et ses destins** de Claude Janin
 par *Dominique Bourdin* 18
- **Agirs, provocations et dépression chez l'enfant**, M. Caron-Lefevre,
 M.L. Léandri, C. Pluot (*dir*) par *Françoise Moggio*..... 21
- **Le nouveau code de la sexualité** de Jacques Barillon, Paul
 Bensussan par *Danielle Torchin* 23

LA PSYCHOSOMATIQUE CONTEMPORAINE

Dossier coordonné par le Pr Dominique Cupa

2^{ÈME} PARTIE : PAGES 24-49

LE PSYCHODRAME AVEC DES PATIENTS SOMATISANTS

par **Gérard Szvec** 24

PSYCHANALYSE EN NÉPHROLOGIE

par **Dominique Cupa, Marie-Hélène Gourdon,
 Hélène Riazuelo, Cécile Causeret** 29

LA CONSULTATION DE GASTRO-PÉDIATRIE PSYCHOSOMATIQUE

par **Nathalie Boige, Sylvain Missonnier** 34

LA STÉRILITÉ FÉMININE PEUT-ELLE ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME UNE AFFECTION PSYCHOSOMATIQUE ?

par **Sylvie Faure-Pragier** 39

ENTRETIEN AVEC MICHEL DE M'UZAN

par **Dominique Cupa** 43

Le temps qui passe par **Alain de Mijolla** 50

Site du mois par **Yann Leroux** 50

Les lolitas et le pédophile

Le pédophile est une figure contemporaine du mal. L'horreur que cela suscite en chacun est légitime, la pédophilie constituant le dernier interdit sexuel. Mais sur un autre plan, la société tend à exhiber l'enfant, et en l'objectalisant, elle le sexualise sur le mode adulte. Tout devient hypersexualisé : les discours entre adultes, les images dans la presse, la publicité, au cinéma ou à la télévision, sans parler des images pornographiques. Cette sexualisation de leur environnement est-elle au moins en partie à l'origine de ces "latences contrariées", enfants de l'âge de la latence mais qui ne le sont plus vraiment ? Ce qui nous interroge sur la qualité de leurs mécanismes de refoulement. Cette surexposition au sexuel adulte se traduit souvent par une surexcitation qui entrave leurs processus de pensée et d'apprentissage, s'exprimant alors sous la forme d'une intense activité motrice dont "l'hyper activité". Une des figures emblématiques de cette problématique est celle des *lolitas* ou les concours de *Mini Miss*. Il s'agit en fait d'une marchandisation de l'enfance vendant des styles adaptés à des enfants pré-pubères, dans le "comme si" elles étaient des adolescentes, mascarade de la féminité. La fillette se vit comme dédoublée, soumise par son accoutrement à être un objet de convoitise et amenée malgré elle à séduire les adultes en usant d'artifices qui la dépassent totalement. Ainsi nous vivons dans une société dissociée entre une inflation du "tout sexuel" y compris chez les enfants, et d'autre part un interdit qui fédère : celui de la pédophilie. Mais alors, pourquoi ces *lolitas* qui s'offrent en pâture au regard des adolescents et des hommes, proie potentielle pour le pédophile ? Comment dans ces conditions accéder à une latence bien tempérée ?

Raison il faut garder, mesure conserver, dans la sexualisation génitale de notre culture contemporaine, tout au moins préserver un espace d'intimité pour que les enfants s'épanouissent dans leur sexualité... infantile, essentielle à leur développement et leur épanouissement personnel.

Didier Lauru

Psychanalyste

Vient de publier

"La sexualité des petits n'est pas l'affaire des grands", Hachette

psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

12 juin 2008

Paris

Colloque organisé par le Dr Anne Revah-Lévy et le Dr Patrice Huerre.

Psychotropes et adolescents : à qui et à quoi ça sert ?

Lieu : Espace Reuilly, 75012.

Contact : Tél : 06 60 42 82 25

(mardi et vendredi 9h-14h30)

farcat.catherine@neuf.fr

◆ 13 juin 2008

Paris

Colloque organisé par la Fondation pour l'Enfance et le Centre des Buttes-Chaumont.

Pédophilie au féminin : de la complicité inconsciente au passage à l'acte.

Lieu : Conseil Economique et Social.

Contact : Tél : 01 53 68 16 58.

Fax : 01 53 68 16 59.

as.vinel@fondation-enfance.org

19-20-21 juin 2008

Avignon (84)

8^{ème} congrès national

"Entre corps et psyché".

L'enfant autiste et son corps.

Lieu : Palais des Papes.

Contact : Tél : 01 70 94 65 03.

Fax : 01 70 94 65 01 ou 25.

inscription@b-c-a.fr

◆ 4 juillet 2008

Rennes (35)

Colloque de pédopsychiatrie organisé par le Pr S. Tordjmann, le Pr E. Le Gall et le Pr M. Roussey.

Vers de nouvelles perspectives de prévention et de prise en charge des tentatives de suicide à l'adolescence.

Lieu : Université de Rennes 1, Campus scientifique de Beaulieu.

Contact : Tél : 02 99 51 06 04.

20 septembre 2008

Paris

XXXV^e journée scientifique M. Soulé, B. Golse, S. Missonnier, M. Rufo.

Après la classe, il y a une autre vie.

Lieu : Maison de la Chimie.

Contact : Tél : 01 53 68 93 43.

jscientifique@wanadoo.fr

25-26 septembre 2008

Aix-en-Provence (13)

Séminaire organisé par l'EPE d'Aix.

Le signalement. Signaler une information préoccupante.

Lieu : Maison Méditerranéenne des

Sciences de l'Homme (MMSH).

Contact : Tél : 04 42 59 64 53.

info@epeaix.org

◆ 2-3 octobre 2008

Montpellier (34)

Journées montpellieraines de psychiatrie de l'enfant et des professions associées.

Regards croisés sur le maltraitance : comment déjouer les risques et préparer l'avenir ?

Lieu : Palais des Congrès.

Contact : Tél : 04 67 33 99 12

(l'après-midi). afree@afree.asso.fr

2-3-4 octobre 2008

Paris

50^{ème} anniversaire de l'ASM 13.

Le souci de l'humain :

un défi pour la psychiatrie.

Lieu : Maison de la Mutualité.

Contact : Tél : 01 70 94 65 03.

Fax : 01 70 94 65 01.

asm13@b-c-a.fr

CYCLE 2008

Lyon (69)

Cycle de formation des Universités

Lyon 1 et Lyon 2. **Adolescents**

difficiles, approches psychopathologique et éducative.

Lieu : IUFM, 5 rue Anselme, 69004.

Contact : Gislaïne Saye.

Tél : 04 72 73 06 18.

Gislaïne.Saye@univ-lyon2.fr

psychiatrie de l'adulte

7 juin 2008

Fontevraud (49)

23^e Journée psychiatrique du Val de Loire organisée par l'Association Angevine pour la recherche psychiatrique.

Déviations : du difforme au monstrueux.

Contact : Tél : 02 41 35 32 43.

Fax : 02 41 35 49 35.

psychiatrie-adultes@chu-angers.fr

◆ 24 juin 2008

Paris

Journée d'études de la Société de l'Information Psychiatrique (SIP).

Epistémologie de la recherche clinique en psychiatrie.

Lieu : Hôpital Sainte-Anne, 75014.

Contact : Tél : 02 40 08 79 65.

nicole.garret@wanadoo.fr

L'ADOLESCENCE DANS TOUS SES ETATS

Samedi 18 octobre 2008 (9h-17h)

Amphi Farabeuf - 15 rue de l'Ecole de Médecine 75006 PARIS.

Colloque organisé par :

le Collège International de l'Adolescence (CILA), le Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie (Université Paris Descartes), L'ERA (Université Paris Diderot), la revue *Adolescence*.

Comité scientifique :

P. Gutton, P. Jeammet, F. Marty, F. Richard.

Intervenants :

Marc Augé, Catherine Chabert, Michèle Emmanuelli, Bruno Falissard, Marie Rose Moro, Philippe Gutton, Philippe Jeammet, François Marty, François Richard, François de Singly.

Renseignements et inscriptions :

Valérie Discour

5 rue Jean Dussourd - 92600 Asnières-sur-Seine

E-mail : valeriediscour@orange.fr

15-16 septembre 2008

Paris

Colloque international organisé par le Parc de la Villette avec le soutien de la Commission européenne dans le cadre de "2008 Année Européenne du Dialogue Interculturel".

Culture psychiatrique, culture judiciaire : relire Michel Foucault.

Lieu : Grande Halle de la Villette

Contact : Tél : 01 40 03 75 75.

2-3-4 octobre 2008

Anancy (74)

XXXVII^{es} journées nationales de la psychiatrie privée.

L'engagement du psychiatre.

Contact : Association Française

des Psychiatres d'Exercice privé,

141 rue de Charenton, 75012 Paris.

Tél : 01 43 46 25 55.

Fax : 01 43 46 25 56.

info@afpep-snp.org

5 novembre 2008

Paris

Journée de la FASM - Croix Marine.

Prévenir le suicide dans les établissements de santé psychiatriques et médico-sociaux.

Lieu : CMME, 100 rue de la Santé, 75014 Paris.

Contact : Tél : 01 46 96 06 36.

Fax : 01 45 96 06 05.

croixmarine@wanadoo.fr

psychologie

12-13 juin 2008

Besançon (25)

Colloque organisé par le Laboratoire de psychologie de l'Université de Franche-Comté.

Sciences humaines et cancérologie.

Contact : Tél : 03 81 66 54 41.

geraldine.mougeot@univ-fcomte.fr

3-5 juillet 2008

Paris

Les Entretiens francophones de la psychologie.

3^{es} Entretiens de la psychologie.

Psychologue : une valeur ajoutée. La place des psychologues dans la société aujourd'hui.

Lieu : Université Paris Descartes, 75006 Paris.

Contact : Jeanine Accoce.

Tél./Fax : 01 43 47 20 75.

siege@ffpp.net

◆ 4 octobre 2008

Paris

Congrès international organisé par l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (AIVI).

Soigner les victimes d'inceste.

Lieu : Asiem, 75007 Paris.

Contact : AIVI, 20 rue Edouard Pailleron, 75019 Paris.

Tél : 06 83 23 47 72.

congres@aivi.org

16-17 octobre 2008

Rennes (35)

Colloque international interdisciplinaire organisé par l'EA 4050 "Recherches en psychopathologie, nouveaux symptômes et lien social". **Logiques de l'acte et modalités d'intervention. Le motivé et l'immotivé.**

Lieu : Université de Rennes 2.

Contact : Tél : 02 99 14 19 27

◆ 18 octobre 2008

Paris

Colloque organisé par le Collège International de l'Adolescence (CILA), Le Laboratoire de Psychologie Clinique et de psychopathologie (Paris Descartes), l'ERA (Paris Diderot) et la revue *Adolescence*.

XXXV^{ème} JOURNÉE SCIENTIFIQUE

Michel SOULÉ

Bernard GOLSE - Sylvain MISSONNIER - Marcel RUFO

Samedi 20 septembre 2008

Maison de la Chimie - 28 rue Saint-Dominique - 75007 PARIS

**Après la classe,
il y a une autre vie****Interventions de :**

J. BADOUAL : La demande de dispense d'heures d'éducation physique
 P. DELION : A propos de la musique et de son destin dans l'extra scolaire
 C. EHRENBERG : Les devoirs à l'USIS : une médiation thérapeutique
 B. GOLSE : L'extra scolaire dans le développement et psychopathologies :
 il n'y a pas que l'école dans la vie !

C. JOUSSELME : Handicap : sports et loisirs

S. MISSONNIER : Naviguer en groupe : entre sirènes et icebergs

X. MOYA-PLANA : Football, psychoses et hôpital de jour pour enfants :
Jeu, réalité et processus de symbolisation

M. RUFO : La rivalité entre psychothérapie et dentiste

S. SIMONIN : Les spectacles de rue : du saute-ruisseau à l'acrobate

M. SOULÉ : Ma journée commence à 16h30

S. TISSERON : L'écran et le clavier : virtuel, mon amour !

Formation professionnelle : 160€ - Individuel : 90€ - Étudiant : 50€

Renseignements - Programme - Inscriptions :

Association PHYMMENTIN - Marie RAT

20 rue de Dantzig - 75015 PARIS

Tél : 01.53.68.93.43 - Fax : 01.53.68.93.45

Email : jscientifique@wanadoo.fr

**Colloque de la
SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS****Samedi 22 et dimanche 23 novembre 2008**

Maison de la Mutualité

**L'INCONSCIENT
FREUDIEN****Recherche - Ecoute - Métapsychologie**

Sous la présidence de

Jean-Michel Porte

Président de la Société Psychanalytique de Paris

organisé par

Gérard Bayle

Avec la participation de membres de la SPP

Programme et bulletin d'inscription sur**www.spp.asso.fr**

Frais d'inscription : 120 € - Formation Permanente : 240 €

Tarifs spéciaux pour les Analystes en Formation, Etudiants
en médecine et en psychologie (voir site Internet)**L'adolescence dans tous ses états.**Lieu : 15 rue de l'Ecole de Médecine
(amphi Farabeuf), 75006 Paris.

Contact : valeriédiscour@orange.fr

27-29 novembre 2008

Avignon

XXII^{ème} Forum professionnel des

Psychologues organisé par

Le journal des Psychologues.

**La question diagnostique
et le psychologue.**

Contact : Le Journal des Psychologues,

8 rue de l'Hôpital St-Louis,
75010 Paris.

Tél : 01 53 38 46 46.

Fax : 01 53 38 46 40

forum@jdppsychologues.fr

psychopathologie**4-5 octobre 2008**

Bordeaux (33)

VIII^e colloque du CAPA.**Adolescence et inachèvement.****Une histoire à construire.**

Lieu : Cité Mondiale,

20 quai des Chartrons,

33000 Bordeaux.

Contact : capa.college@wanadoo.fr

CYCLE 2007-2008

Paris

Séminaire de l'Institut Mutualiste

Montsouris. **Psychopathologie****des troubles des conduites****alimentaires.**

Lieu : Institut Mutualiste Montsouris.

Contact : claude.corlier@imm.fr

psychanalyse**7 juin 2008**

Paris

Séminaire du Cercle Francophone

de Recherche et d'Information

C.G. Jung. **Jung et Pauli à la****recherche de l'Unus Mundus.**

Lieu : Forum 104, 104 rue de

Vaugirard, 75006 Paris.

Contact : Tél : 01 46 65 47 20.

antoine.guimezanes@wanadoo.fr

7 juin 2008

Paris

Le Midi-minuit des écrits de**psychanalyse** organisé par

l'association de psychanalyse

Jacques Lacan.

Lieu : MDM, Salle P. Nicolle, 75005

Contact : Tél : 02 33 28 05 70.

terrier.marie-claire@wanadoo.fr

13 juin 2008

Paris

Journée du Groupe de recherche

sur l'approche psychanalytique du

handicap (O. Rachid Grim, S. Korff-

Sausse 2008). De 12h à 14h.

Le prénatal. Qu'en reste-t-il ?**La première demeure. Les traces****du prénatal dans les sculptures de****Henry Moore en rapport avec le****concept de "césure" de Bion.**

Lieu : UFR SHC, 26 rue de Paradis,

75010 Paris.

Contact : Tél : 01 43 22 75 59

ou tél : 01 47 17 04 42.

17 juin 2008

Paris

Journée de formation de l'EPCI

(cycle de formation 2007-2008).

La cure analytique, sa spécificité.

Lieu : Forum St-Eloi, 75012 Paris.

Contact : Tél : 01 43 07 89 26.

bonnet.epci@wanadoo.fr

19-20 juin 2008

Paris

Journées d'étude des séminaires

psychanalytiques de Paris.

La théorie de Freud au service de**la pratique.**

Contact : Tél : 01 46 47 66 04.

sempsy@free.fr

20-21 juin 2008

Aix-en-Provence (13)

Journées régionales de la SEPEA.

20 juin : Conférence de NicoleCarels : **Du perceptif et de la sen-****sorialité en psychanalyse de l'en-****fant et de l'adolescent.****21 juin :** Journée de travail clinique.

Lieu : Centre de la Baume-lès-Aix,

chemin de la Blaque, 13090 Aix.

Contact : Tél : +33 (0)1 47 07 12 60.

sepea@wanadoo.fr

26 juin 2008

Paris

Journée scientifique de l'Equipe

de Recherche sur l'Adolescence

(CEPP) de Paris 7 - Diderot.

Penser la psychanalyse**de l'adolescence.****Avec E. Kestemberg, P. Mâle,****M. et E. Laufer, et J. Lacan.**

Lieu : Halle aux farines, 75013.

Contact : Tél : 01 57 27 63 73.

tassela@wanadoo.fr

27-28 juin 2008

Paris

Colloque organisé par l'association

"Pratiques de la Folie".

Parole, vérité, politique.

Lieu : Centre Sévres, 75006 Paris.

Contact : Tél : 06 63 65 45 11.

6 juillet 2008

Ville d'Avray (92)

XX^e Rencontre sur le psychodrame

psychanalytique individuel.

La responsabilité**en psychodrame individuel.**

Lieu : Etangs de Corot,

53 rue de Versailles.

Contact : Tél : 01 47 09 52 84.

cmpp.va@free.fr

3 octobre 2008

Issy-les-Moulineaux (92)

Colloque organisé par le service

de psychiatrie de l'enfant

et de l'adolescent (92106)

de l'EPS Erasme d'Antony

et la Clinique G. Heuyer.

L'intime au risque de la transpa-**rence - Ethique et pratiques.**

Lieu : Auditorium d'Issy-les-Mx.

Contact : valeriédiscour@orange.fr

3-4 octobre 2008

Labège (Toulouse -31)

XIV^e Carrefour toulousain.**Identités. Qui suis-je ? dans les****turbulences actuelles...**

Lieu : Centre de Congrès Diagona.

Contact : Tél : 05 61 74 23 74.

camed@cammed.fr

4 octobre 2008*Paris*

23^e Journée d'Etudes de l'EPCI.

Les idéaux et leur pouvoir.

P.-L. Assoun, G. Bonnet, F. Duparc, A. Gagey, J.-M. Hirt.

Lieu : Hôpital des Diaconesses de Reuilly, 75012 Paris.

Contact : Tél : 01 43 07 89 26.
bonnet.epci@wanadoo.fr

11 octobre 2008*Paris*

Colloque de la Société Française de Psychologie Analytique (SPPA) - Institut CG Jung. **Jung et le rêve.**

Lieu : Maison des Cult. du Monde.

Contact : Tél : 01 42 93 52 60.
colloque@cgjungfrance.com

22-23 novembre 2008*Paris*

Colloque de la SPP.

L'inconscient freudien. Recherche - Ecoute - Métapsychologie

Lieu : Maison de la Mutualité

Contact : www.spp.asso.fr

◆ 29 novembre 2008*Lyon (69)*

4^e Journée Scientifique organisée par Apsylien (Association de Psychanalyse des Liens).

Liens en crise ou crise des liens.

Lieu : Agora Tête d'or.

Contact : Tél : 06 12 32 56 49.
apsylien@wanadoo.fr

◆ 5-6 décembre 2008*Paris*

Colloque GYPSY VIII organisé par le Pr René Frydman et le Dr Muriel Flis-Trèves.

Les origines

Lieu : Faculté de Médecine, 45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris.

Contact : Tél : 01 43 34 76 71.
Fax : 01 47 17 68 60.
jscongres@wanadoo.fr

12-13-14 décembre 2008*Paris*

Journées du centenaire de la naissance de **Françoise Dolto, actualité d'une pensée : 1908-2008** organisées par l'UNESCO et l'Association des archives F. Dolto.

Lieu : UNESCO, 75007.
Contact : Tél : 01 46 34 29 35.
dolto@wanadoo.fr

◆ 24-25 janvier 2009*Neuilly sur Seine (92)*

Journées scientifiques de l'Institut Edouard Claparède.

La violence infantile : Détours et Contours.

Lieu : Théâtre de Neuilly, 167 av. Charles de Gaulle, 92200 Neuilly.

Contact : Melle Bernard.
Tél : 09 65 34 96 54
ufe.claparede@orange.fr

CYCLE 2008*Paris*

Séminaire d'Oliver Douville.

Mélancolie et dépression, arguments pour une clinique différentielle.

Tous les 1^{ers} vendredis du mois.

Lieu : Espace Analytique, 75007.
Contact : Tél : 06 77 69 24 51.
douvilleolivier@noos.fr

CYCLE 2007-2008*Paris*

Conférences Vulpian de la SPP.

Le narcissisme.**Les mercredis de la SPP**

(1 mercredi/mois à 21h15) :

Psychanalyse de l'enfant**De l'omnipotence infantile aux****périls de l'adolescence,**

J. Angelergues, 25 juin.

Les jeudis de la SPP

(un jeudi/mois 21h15),

Psychanalyse de l'adulte**Bela Grunberger : une pensée nova-****trice sur le narcissisme,**

R. Asseo, 15 mai

L'identitaire et le narcissique : deux**domaines, M. de M'Uzan, 12 juin**

Contact : Tél : 01 43 29 66 70.
spp@spp.asso.fr

CYCLE 2008*Paris*

Séminaire Jean Courmut d'introduction à la psychanalyse, **L'inconscient dans tous ses états.** Les lundis (2 lundis/mois) de 20h45 à 23h.

Les questionnements - Théorie et clinique en psychanalyse et en psychothérapie.

Régression et régrédience, nouvelles dimensions de l'écoute ?
9 juin.

Travail de culture et**aléas du renoncement pulsionnel,**

26 juin.

Lieu : Schola Cantorum, 75005.

Contact : Tél : 01 43 29 66 70
spp@spp.asso.fr

CYCLE 2008*Paris*

Groupe de formation de l'AREFFS à la relation soignante par la relaxation psychanalytique (méthode M. Sapir) en week-ends.

Contact : Tél : 06 67 68 04 07 ou
01 43 36 93 37.

CYCLE 2007-2008*Paris*

Séminaires du Pr François Richard (Paris 7) - 2^e semestre.

La clinique psychanalytique contemporaine et l'actuel malaise dans la culture. Les mardis à 14h30.

Lieu : UFR Sc. Humaines Cliniques.

Contact : richard-franc@wanadoo.fr

CYCLE 2008*Lyon*

Cycle de conférences du GREPSY.

L'éternel maternel.

20 juin : M. Schneider.

Maternel, indifférence des sexes et symbolisation.

Contact : Nicole Paret, GREPSY conférences, CH St-Jean-de-Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon cedex 08.
Tél : 04 37 90 12 33
Fax : 04 37 90 12 39.
grepsy-conferences@arhm-sjd.fr

CYCLE 2008*Paris*

Séminaires "Désir et technologies" organisés par l'Institut de recherche et d'innovation du Ctre Pompidou et du CEPP Paris 7 (François Richard).

Destin du désir / devenirs de l'amateur : adolescence,

PUB CFU (en pdf)**subjectivations, addictions, dans le contexte des industries culturelles.**

26 juin : E. Rossé, T. Gaon, S. Tisseron : "Autour des jeux vidéos".

Lieu : Salle de l'IRI, Ctre Pompidou.

Contact : Tél : 01 44 78 49 11.
contact@iri.centrepompidou.fr

CYCLE 2008*Paris*

Séminaires du Collège de Psychanalyse et d'Anthropologie (CIPA).

- CIPA Paris : Dés organisations limites aux psychoses.

Le 3^e mercredi du mois (jusqu'en juin)

- CIPA Paris : **Un social possible ?**
Le 3^e lundi du mois (jusqu'en juin)

Contact : Tél : 01 45 67 02 65.
m.j.dimon@tiscali.fr

- CIPA Normandie :

Le 2^e mardi du mois.

Contact : Tél : 02 35 89 35 11.
mbrouta@orange.fr

CYCLE 2008*Paris*

Séminaires du Groupe d'Etudes C.G. Jung. **Les concepts jungiens de base.**

19 juin.

Contact : Tél : 06 85 29 35 45.
groupe-jung@jung.asso.fr

CYCLE 2008*Ivry-sur-Seine (94)*

Séminaires de l'Association Clinique Psychanalytique du vieillissement.

Figures de la faillite et de la chute du langage à travers la clinique du sujet âgé.

Contact : acpv@free.fr

CYCLE 2008*Paris*

Séminaires du RPH animé par F. de Amorim. **Le surmoi dans la clinique quotidienne du médecin et du psychanalyste.**

Le 4^e mardi du mois à 21h.

Contact : Tél : 01 47 70 56 02.

CYCLE 2008*Paris*

Cycle de conférences d'E. Roudinesco "Histoire de la Psychanalyse".

Psychanalyse, judéité et questions religieuses.

10 juin

(2^e et 4^e mardi du mois - 18 à 20h).

Lieu : EPHE.

Contact : Elisabeth Roudinesco, 89 av. Denfert-Rochereau, 75014.

Comment se construisent les identités ? Quel accueil réservent-elles donc à l'Autre : l'Autre qui nous fait face, l'Autre parmi nous, mais aussi l'Autre en nous et nous "comme Autre" ? Le concept d'identité est lié tout d'abord, à la question "qui suis-je ?", déclinée en identités personnelle, culturelle, ou historique multiples. Mais c'est aussi dans et avec notre corps que nous construisons nos relations avec autrui... Que représente le corps dans notre identité ? Et si ce culte d'un corps parfait, d'une identité idéale, nous conduisait à une impasse ? Dans un monde marqué par de nouvelles réalités historiques, culturelles, corporelles et techniques, ces questions sont plus que jamais d'actualité, associées à la notion nouvelle "d'identité virtuelle"...

RÉSONANCES SOCIALES ET IDENTITÉS

Jean-Claude KAUFMANN : *Je est (vraiment) un autre*

Daniel WELZER-LANG : *Identité et différence des sexes. La tentative "queer"*

L'IDENTITÉ DANS LE CORPOREL

Isabelle TARDIGLIO : *Photo et image sociale*

Michela MARZANO : *Le corps, un adversaire ?*

DE L'IDENTITÉ DONNÉE À L'IDENTITÉ CRÉÉE

Sylvain MISSONNIER : *Sous le signe numérique du lien...*

Bernard GOLSE : *Etre ou avoir, la question des identifications primaires*

Rachid BENNEGADI : *C'est pas parce que je suis sur Second Life que j'ai oublié d'où je viens*

Serge VALLON : *Peur, phobie et violence*

L'IDENTITÉ SE CONSTRUIT, S'INVENTE...

Yann LEROUX : *identité 1.0*

Alain MONNIER : *Le sentiment d'identité dans les espaces virtuels persistants : l'utopie d'une seconde vie*

Serge TISSERON : *Grandir au temps de la révolution virtuelle ?*

Renseignements : Carrefours & Médiations - Tél : 05 61 74 23 74 - Fax : 05 61 74 44 52 - carmed@carmed.fr - Internet : www.carmed.fr

CYCLE 2008

Paris

Séminaires de l'Ecole de
Psychanalyse Sigmund Freud.

Voix, opéra, théâtre, représentation.

Le 2^e mardi du mois. 13/05, 10/06.

Lieu : FIAP, 30 rue Cabanis, 75014.

Contact : Tél : 01 43 56 16 45.

CYCLE 2008

Paris

Cycle de conférences des Séminaires
psychanalytiques de Paris.

**7 grands psychanalystes au
service de la clinique.**

11 ou 14 juin : **Lebovici**

aujourd'hui. B. Golse

Lieu : Espace Reuilly, 75012.

Contact : Tél : 01 46 47 66 04.

sempsy@free.fr

CYCLE 2007-2008

Paris

Séminaires de M. Sandor-Buthaud
organisés par le Groupe d'Etudes
C.G. Jung.

**Théories et pratiques de la
Psychologie Analytique.**

Un jeudi/mois (20h30-22h30).

Lieu : Forum 104, 75006.

Contact : Tél : 06 85 29 35 45.

groupe-jung@jung.asso.fr

CYCLE 2007-2008

Lyon (69)

Séminaires de lectures de textes
psychanalytiques.

11 juin 2008 :

Au jeu du désir. Essais cliniques.

F. Dolto (mercredi 9h15-12h15).

Lieu : Lyon, Agora Tête d'Or, 69006.

Contact : Tél : 04 78 39 81 98.

joel.clerget@free.fr

CYCLE 2007-2008

Paris

Séminaires organisés
par le Centre de Recherche en
Psychanalyse et Ecritures.

1^{er} juillet 2008

Conférences de Philippe Julien.

Lieu : Maison de l'Amérique

Latine, 217 bd Saint Germain,

75007 PARIS

Contact : Tél : 01 43 31 46 22.

sarmient@msh-paris.fr

CYCLE 2007-2008

Paris

Cycle d'introduction à la
psychanalyse de l'EPCI

jusqu'au 16 juin 2008 :

La relation thérapeutique.

G. Bonnet. (Le lundi 19h30-20h30).

jusqu'au 9 juin 2008 :

Les grandes entités cliniques.

B. Abdessadok. (Un lundi sur deux :
20h30-22h).

Jusqu'au 16 juin 2008.

Les étapes du développement

psychique. J. Morel Cinq-Mars.

(Un lundi sur deux : 20h30-22h).

Lieu : 95 rue de Reuilly, 75012.

Contact : Tél : 01 43 07 89 26.

◆ CYCLE 2008-2009

Neuilly sur Seine (92)

- Séminaire de D. Arnoux et M.

Cartier-Bresson. **Lecture de textes**

en psychanalyse de l'enfant et de

l'adolescent : Le transfert dans le

travail de psychanalyse à propos

de Dora. 1^{er} mercredi du mois

(10h15 - 11h30).

- Séminaire de D. Arnoux

et B. Lehalle. **La petite enfance :**

théories et cliniques du 1^{er} dévelop-

pement. 2^e mercredi du mois

(10h15-11h30).

- Séminaire de M. Godard

et O. Pariset. **Espace de médiation,**

aire transitionnelle : réflexions

cliniques et théoriques (Textes de

Ferenczi, Balint, Winnicott).

3^e mercredi du mois (10h15-11h30).

- Séminaire de M. Cartier-Bresson,

C. Gérard et A. Louppe.

La conflictualité oedipienne. Étude

de texte. 4^e mercredi du mois de

(10h15-11h30).

- Séminaire tenu par

G. Haag et H. Suarez-Labat.

Autisme : dysharmonie avec traits

autistiques et Psychanalyse :

clinique, évaluations et recherche.

1^{er} et 3^e jeudi du mois (10h - 11h30).

- Séminaire tenu par M. Godard et

O. Pariset. **Groupe de réflexion**

clinique sur les médiations.

1^{er} et 3^e vendredi du mois (9h - 10h).

Lieu : 5 rue du Général Cordonnier.

Contact : Melle Bernard.

Tél : 09 65 34 96 54

(9h30-12h sauf le mardi)

ufe.claparede@orange.fr

◆ CYCLE 2008-2009

Paris

Journées de formation de l'EPCI

(9h-16h30).

21 oct. 2008 : **Le diagnostic en**

psychanalyse. G. Bonnet.

18 nov. 2008. **Introduction à**

Winnicott. B. Abdessadok.

9 déc. 2008. **La dépression à**

l'épreuve de la psychanalyse.

P.-L. Assoun.

20 janvier 2009. **Pour une éducation**

précoce. A. Naouri

10 février 2009. **L'amour : aliénation**

ou naissance de soi. P.-L. Assoun.

17 mars 2009. **La maladie**

d'amour: amour et symptôme

P.-L. Assoun.

28 avril 2009. **La période de**

latence. F. Marty

26 mai 2009. **Pulsion et sublimation,**

de Freud à Lacan. P.-L.

Assoun.

16 juin 2009. **A quoi servent les**

idéaux. M. Lacroix.

Lieu : Forum St-Eloi, 75012.

Contact : Tél : 01 43 07 89 26.

bonnet.epci@wanadoo.fr

◆ CYCLE 2008-2009

Paris

Séminaires du Centre Etienne Marcel.

Présentations cliniques avec les

adolescents. D. Lauru.

2^e mercredi du mois (15-16h30)

à partir du 8 octobre 2008.

Lieu : CMPP du Centre Etienne

Marcel, 10 rue du Senier, 75002.

Contact : Didier Lauru.

Tél : 01 42 33 21 52

◆ CYCLE 2008-2009

Paris

Séminaires de D. Lauru et C. Hoffmann.

La violence du symptôme :

posture hystérique et posture

féminine. Le 2^e mardi du mois.

A partir d'octobre 2008 (à 21h15).

Lieu : 12 rue de Bourgogne, 75007.

Contact : D. Lauru : 01 40 56 99 88.

ou C. Hoffmann : 06 82 28 99 88.

LA FONDATION EVELYNE ET JEAN KESTEMBERG sous l'égide de la FONDATION DE FRANCE

BOURSE PSYCHANALYTIQUE APPEL À CANDIDATURES

La Fondation Evelyne et Jean KESTEMBERG attribue chaque année une **bourse**, non renouvelable, destinée à aider un **psychanalyste**, non médecin, pour un travail de recherche dans le domaine de la psychanalyse. Il (ou elle) devra être en formation à la Société Psychanalytique de Paris, ou à l'Association Psychanalytique de France, ou dans tous pays admis à titre spécial par la commission de cursus de la Société Psychanalytique de Paris. Le montant de cette bourse sera déterminé lors de la réunion du comité en décembre 2008.

Les candidats devront faire parvenir au secrétariat de la Fondation Evelyne et Jean KESTEMBERG [Dr V. SOUFFIR et Mme M.T. TERON - ASM.13, 76, avenue Edison - 75013 PARIS] avant le **10 novembre 2008** un dossier comprenant :

- une lettre de candidature faisant état des motivations du candidat et de sa situation personnelle et professionnelle détaillées
- deux lettres de parrainage, dont l'une au moins devra émaner d'un membre de la SPP ou de l'APF
- deux photos d'identité

Le tout dactylographié en quatre exemplaires

Le lauréat sera désigné en janvier 2009 par le jury de la Fondation E. et J. KESTEMBERG, composé de :

Dr Jacques ANGELERQUES - Mme Anne-Marie BAUMGARTEN - Dr Josiane CHAMBRIER - Dr Annette FREJAVILLE - Dr Marianne RABAIN - L E BOVICI - Mr Jean-Claude ROLLAND - Mme Claire RUEFF-ESCOUBES - Pr Michel SPIRO - Dr Victor SOUFFIR - Mme Geneviève NOEL (représentant la Fondation de France).

PRATIQUES DE LA FOLIE

PAROLE, VÉRITÉ, POLITIQUE

27 et 28 juin 2008

Centre Sèvres - 35 bis rue de Sèvres - 75006 Paris

La parole est devenue un impératif social, pour le triomphe de la vérité dans la transparence, efficace car sans détours, sans intermédiaires, directe entre l'homme politique et le citoyen, l'inculpé et la victime, le traumatisé et l'urgentiste.

Mais de quelle parole s'agit-il, et de quelle vérité ? Sauf à la réduire à un trognon de message défini à l'avance, circonscrit, borné, la parole se définit d'être équivoque, surprenante, elle suscite le malentendu. Parler, c'est prendre le risque de l'imprévu, de l'événement, tant pour celui qui se surprend à dire quelque chose d'inouï que pour l'autre, qui l'entend à sa façon.

La vérité, on ne peut la dire toute, car elle dépend du discours dans lequel elle advient. Il y a des régimes de vérité, des dispositifs, des contraintes qui délimitent l'efficacité de la parole.

L'utopie politique, c'est la fiction de faire entendre, de confronter dans l'espace public des vérités qui viennent d'ailleurs, qui ont leur lieu p a r ticulier d'émergence, qui ne valent pas partout et pour tous. L'utopie politique, c'est que la vérité reste à dire ; elle ne cesse de faire question.

Intervenants :

**Monique Bucher-Thizon, Franck Chaumon,
Dominique Coujard, Alain Didier-Weill, Roger Ferreri,
Frédéric Gros, Loïc Le Faucheur, Daniel Mesguich,
Vincent Perdigon, Edwy Plenel**

Début du colloque : vendredi 27 juin à 14h

www.pratiques-folie.com - Tél. : 06 63 65 45 11

Numéro de formation permanente : 11 91 03 26 091

**Les annonces dans les colonnes de
l'AGENDA de Carnet PSY sont gratuites.**

**Si vous souhaitez paraître
dans les colonnes de l'AGENDA
envoyez vos annonces avant le 10 de chaque mois.**

**Pour connaître les tarifs des encarts publicitaires
dans la revue et/ou sur www.carnetpsy.com**

Contact pour l'AGENDA et les PUBLICITÉS :

**Estelle Georges-Chassot
Le Carnet Psy - 8 av. JB Clément
92100 Boulogne - France.
Tél : + 0033 (0)1 46 04 74 35
Fax : + 0033 (0)1 46 04 74 00
E-mail : est@carnetpsy.com**

Lieu : Université Rennes 2 - Haute
Bretagne.

Contact : Institut de Criminologie et
Sciences Humaines (ICSH).

Tél : 02 99 14 19 63.

ICSHcolloqueME2008@univ-rennes2.fr

**Formation et sensibilisation à
l'écoute : 12/06**

Lieu : 74, rue Marcel Cachin.

Contact : Tél : 01 48 38 77 34.

moro@smh.univ-paris13.fr

Contact : Tél : 01 45 65 59 40.

Fax : 01 45 65 44 94.

r.martinez@ctnerhi.com.fr

ethnopsychiatrie

12-13 décembre 2008

Bobigny (93)

8^e Colloque de la revue *l'Autre*.

**Le bébé, l'enfant, l'adolescent
et les langues.**

Contact : Tél : 01 48 38 77 34.

marie-rose.moro@avc.aphp.fr

CYCLE 2007-2008

Bobigny (93)

Séminaires de Psychopathologie

Clinique de l'Enfant et

de la Famille (Pr M.-R. Moro).

Séminaire de Travail clinique

en situation humanitaire et en

situation de trauma extrême :

6/06/2008

Recherche en psychopathologie

de l'adolescent : 20/06

Nouvelles adolescences, nouvelles

parentalités. Quels Dispositifs de

soins peut-on envisager ?

13/06/2008

handicap

6-7-8 juin 2008

Vertou (44)

XXXIX^{èmes} Journées d'études

de l' Association de langue

française des psychologues

spécialisés pour handicapés

de la vue. **Associé, dissocié, quelle**

place pour le handicapé visuel ?

Contact : Institut les Hauts

Thebaudières, BP 2229,

44122 Vertou cedex.

Tél. : 02 51 79 50 00.

Fax : 02 40 33 41 01.

journeealiphv2008@thebaudieres.org

◆ **26-27 juin 2008**

Bobigny (93)

Séminaire national et européen

"Le handicap psychique"

organisé par l'Association de

recherche et de Formation sur

l'Insertion (ARFI).

Réflexions et pratiques

autour des handicaps

psychiques.

Lieu : Bourse Départementale du

Travail, 1 place de la Libération.

Contact : ESAT AFASER,

Séminaire "Le Handicap

psychique", 128 rue des Cités,

93300 Aubervilliers.

25-26 septembre 2008

Nice (06)

Congrès du Groupe

Français d'Epidémiologie

Psychiatrique (GFEP).

Vulnérabilité et handicap psychique.

Contact : Secrétariat du GFEP.

Tél : 04 37 90 13 55.

cgea@ahm-sjd.fr

art-thérapie

28-29 juin 2008

Arles

**Rencontres franco-italiennes
d'art-thérapie.**

Lieu : Centre Hospitalier d'Arles.

Contact : PROFAC.

Tél : 04 90 93 19 92.

profacom@aol.com

criminologie

◆ **27-29 novembre 2008**

Rennes (35)

Colloque organisé par le Laboratoire

de cliniques psychologiques

Psychopathologiques et

criminologiques (EA 4050) de

l'Université Rennes 2.

Meurtres d'enfants, enfants

meurtres : approches

pluridisciplinaires.



Société Européenne pour la Psychanalyse de l'Enfant et de l'Adolescent

JOURNÉES RÉGIONALES de la SEPEA à Aix-en-Provence - les 20 et 21 juin 2008

Centre de la Baume-lès-Aix
chemin de la Blaque - 13090 Aix-en-Provence

Vendredi 20 juin

20h30-22h30 : Conférence de **Nicole CARELS**
(Société Belge de Psychanalyse)

**"Du perceptif et de la sensorialité
en psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent"**

Cette conférence est ouverte au public

Samedi 21 juin

9h-17h : **Une journée de travail clinique**

*Travail en ateliers animés par des membres de la SEPEA
(Présentation de cas de psychanalyse et de psychothérapie d'enfants et d'adolescents)
La participation au travail de cette journée du samedi est réservée aux personnes
répondant aux critères de la SEPEA (expérience psychanalytique personnelle,
pratique de la psychanalyse ou de la psychothérapie d'enfants et d'adolescents)*

**Le Comité d'Organisation : Anne BOYER, Jean FOREST,
Marie-Hélène JULIEN-LAFERRIÈRE, Florence GUIGNARD,
Marie KONICHEKIS, Marie-Thérèse ROURE.**

Participation financière :

Conférence du vendredi + journée de travail + déjeuner du samedi :
formation permanente : 150 € - inscription individuelle : 90 €
Conférence seule : tarif individuel : 18 € - Tarif étudiants : 10 €

Possibilité de logement sur place le vendredi soir :
27 € (chambre standard) - 41 € (chambre avec douche)
(le nombre de places étant limité, s'inscrire bien à l'avance)

Inscriptions et renseignements :

SEPEA - Square d'Orléans - 80 rue Taitbout - 75442 Paris cedex 09
Tél./Fax : 00 33 (0)1 47 07 12 60 / e-mail : sepea@wanadoo.fr

Journées scientifiques 2009 de l'Institut Edouard Claparède

Samedi 24 et dimanche 25 janvier 2009

Théâtre de Neuilly

167 av. Charles de Gaulle - 92200 Neuilly/Seine

La violence infantile : Déviances et Contours

Intervenants :

Dominique ARNOUX, Catherine AZOULAY,
Thierry BOKANOWSKI, Anne BOLIN,
André CAREL, Marthe CARTIER-BRESSON,
Françoise DEBENEDETTI, Christian GERARD,
Xavier GIRAUT, Michel GODARD, Albert LOUPPE,
Frédéric MISSENER, Olivier PARISET,
Sylvie REIGNIER, Claire SQUIRES.

Inscription individuelle : 100 €

Formation permanente : 200 €

Etudiants (sur justificatif) : 50 €

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS :

Annie Bernard - Institut Edouard Claparède
5 avenue du Général Cordonnier - 92200 Neuilly/Seine
Tél. : 09 65 34 96 54
Mail : ufe.claparede@orange.fr

N° organisme de formation : 11 92 13433 92

26-27 septembre 2008

Rouen (76)

3^e Séminaire Inter-universitaire sur
la Clinique du Handicap

(SICLHA) organisée

par l'Université de Rouen.

Handicapés...

Soi, l'autre, autrui.

Contact : Régine Scelles.
scelles@free.fr

8-9-10 octobre 2008

Clermont-Ferrand (69)

6^{èmes} Journées médicales.

**La spécificité de la prise
en charge médicale des
personnes polyhandicapées.**

Lieu : Ctre Diocésain de Pastorale.

Contact : Tél : 01 53 20 68 58.

formation@cesap.asso.fr

CH-4002 Basel / Switzerland

Tél : +41 (0) 61 686 77 77

Fax : +41 (0) 61 686 77 88

info@akm.ch

CYCLE 2008

Paris

Séminaires du Cercle de
Neuropsychologie et Psychanalyse
(CNEP). **Neuropsychanalyse de
l'enfant et de l'adolescent**

(2^e lundi du mois : 18h30-21h).

Lieu : Hôpital Necker.

Séminaires du Cercle de

Neuropsychologie

et Psychanalyse (CNEP).

Neuropsychologie et psychothérapie

(mardi 18h30-21h).

Lieu : Hôpital de la Salpêtrière.

Contact : lisa.ouss@wanadoo.fr

13 juin 2008

Paris

Journée MARCE Francophone.

**Quelles formations pour quels
soins en périnatalité ?**

**Transmission et formations du
singulier au pluriel.**

Lieu : Faculté de la Salpêtrière
(amphi Charcot), 52 bd Vincent
Auriol, 75013 Paris

Contact : journeesmf@yahoo.fr

19-20 juin 2008

Strasbourg (67)

33^e Journée nationales
d'études des puéricultrices
de l'ANDPE.

La place de l'enfant en Europe.

Contact : Tél : 01 34 15 56 75.

a.deshons@wanadoo.fr

4-7 juillet 2008

Bourbon l'Archevêque (03)

Congrès organisé par Esprit Libre.

Conception, grossesse, naissance.

Contact : Tél : 04 70 67 00 67.

secretariat.espritlibre@wanadoo.fr

13 septembre 2008

Paris

Entretiens de la petite enfance

Lieu : Université Descartes, 75006.

Contact : Tél : 01 45 48 42 60.

Fax : 01 45 44 81 55.

16-17-18 octobre 2008

Avignon (84)

VIII^e Colloque international de

Périnatalité de l'ARIP

Masculin, féminin : bébé.

Lieu : Palais des Papes

Contact : Tél : 04 90 23 99 35.

Fax : 04 90 23 51 17.

arip@wanadoo.fr

◆ 23-24 octobre 2008

Toulouse (31)

1^{er} colloque français sur **le Dénû de**

Grossesse organisé par

l'Association Française pour la

reconnaissance du déni de

grossesse (AFRDG).

Lieu : Université Paul Sabatier.

Contact : AFRDG, 28 rue Bertrand

de Born, 31000 Toulouse.

Tél : 05 61 32 17 20.

deni2grossesse@free.fr

CYCLE 2008

Paris

Groupe de recherche sur l'**Approche**

psychanalytique du handicap

organisé par O. Rachid Grim

et S. Korff-Sausse (le 2^e vendredi du

mois de 12h à 14h). **13 juin.**

Lieu : 26 rue de Paradis, 75010.

Contact (le soir) : 01 43 22 75 59.
ou 01 47 17 04 42.

psychologie médicale et psychosomatique

8 juin 2008

Paris

XXV^e Journée scientifique

de l'IPSO-Pierre Marty.

L'investigation psychosomatique.

Lieu : Association du Quartier

Notre-Dame, 92 bis bd du

Montparnasse, 75014 Paris.

Contact : Tél : 06 42 78 59 18.

12 juin 2008

Angers (49)

Colloque national organisé par

"Soleil AFELT" (Amis et Familles

d'Enfants atteints de Leucémie

ou de Tumeurs).

Etre le grand-parent

d'un enfant gravement malade

aujourd'hui en France.

Lieu : Centre des Congrès.

Contact : Tél. : 06 88 65 69 63

ou 06 24 57 55 57.

colloquegrandsparents49@orange.fr

neuropsychologie

◆ 7-11 juin 2008

Nice (06)

18^e Meeting de la Société des
Neurologues Européens.

Contact : ENS 2008

c/o AKM Congress Service

Association House - PO. Box

périnatalité

12 juin 2008

Paris

Journée WAIMH Francophone.

Art des transmissions.

Lieu : Faculté de la Salpêtrière

(amphi Charcot), 52 bd Vincent

Auriol, 75013 Paris

Contact : secwaimhf@noos.fr

LE C.H.I. FONDATION VALLÉE

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ SPÉCIALISÉ EN PÉDOPSYCHIATRIE

RECHERCHE

DEUX ASSISTANTS SPÉCIALISTES

1 ASSISTANT SPÉCIALISTE AURA EN CHARGE LES MISSIONS SUIVANTES :

- **5 demi-journées** d'exercice dans une unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents (13-18 ans) psychotiques ou autistes.
- **5 demi-journées** d'exercice au C.M.P. de Chevilly-Larue : consultations et travail pluridisciplinaire.

Poste à pourvoir en Septembre 2008

1 ASSISTANT SPÉCIALISTE AURA EN CHARGE LES MISSIONS SUIVANTES :

- **5 demi-journées** d'exercice à la Maison des 13-17 à Rungis (unité soins-études externalisée de 10 lits pour adolescents) - Responsabilités institutionnelles et de consultations au sein d'une équipe pluridisciplinaire.
- **5 demi-journées** d'exercice au C.M.P. du Kremlin-Bicêtre : consultations et travail pluridisciplinaire.

Poste à pourvoir en Novembre 2008

Pour tout renseignement sur le profil des postes, s'adresser à Mme le Pr Jousset - Tél. : 01 41 24 81 05.

Pour toute candidature, envoyer un CV + lettre de motivation conjointement au Directeur et au Pr Jousset au C.H.I. Fondation Vallée - 7 rue Benserade - 94250 Gentilly.

santé mentale

27-28 juin 2008

Lyon (69)

XXXX^e Congrès national de l'Unafam. Journées annuelles d'étude. **Briser l'isolement des familles, une priorité pour l'Unafam et ses partenaires.**
Contact : infos@unafam.org

♦ **29-30 septembre 2008**

Marseille (13)

57^{èmes} Journées nationales de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale-Croix-Marine.

Santé mentale et psychiatrie : le défi de la liberté. Regard sur des logiques contradictoires.

Lieu : Palais du Pharo.
Contact : Tél : 01 45 96 06 36.
Fax : 01 45 96 06 05.
croixmarine@wanadoo.fr

société

6 juin 2008

Paris

Colloque organisé par l'Association Santé Grandes Ecoles.

Réussir pour quoi faire ?

Les grandes écoles, le temps du changement.

Lieu : Sciences Po, 27 rue Saint-Guillaume, amphithéâtre, 75006.

Contact : secretariat@asge.fr

7 juin 2008

Strasbourg (67)

Colloque de l'Ecole Doctorale des Humanités.

Films cultes et culte du film chez les jeunes.

Penser l'adolescence avec le cinéma.

Lieu : Faculté de Psychologie.
Contact : films.cultes@yahoo.fr

14 juin 2008

Nantes (44)

Colloque organisé par l'Université de Nantes. **Les histoires de vie au défi des situations extrêmes.**

Lieu : Université de Nantes.
Contact : Tél : 02 51 25 07 24/25.
laurence.maringue@univ-nantes.fr

5-6 juin 2008

Brest (29)

7^e Congrès de Brest sur la parentalité organisé par l'association Parentel.

Qu'en est-il aujourd'hui

de la difficulté des parents ?

Qu'en comprendre, qu'en dire, qu'en faire ?

Contact : Parentel, 4 rue Colonel-Fonferrier, 29200 Brest.
Tél : 02 98 43 62 51.
parentel@wanadoo.fr

6 juin 2008

Paris

Colloque organisé par l'Association Santé Grandes Ecoles.

Réussir pour quoi faire ?

Les Grandes Ecoles, le temps du changement

Lieu : Sciences Po, 75006.
Contact : secretariat@asge.fr

soins infirmiers

4-7 juin 2008

Nantes (44)

Congrès des Sociétés Françaises Médico-chirurgicales de Pédiatrie.

L'enfant et l'adolescent dans la société.

Contact : Tél : 05 34 45 26 45.
Fax : 05 34 45 26 46.
pediatrie2008@europa-organisation.com

6 juin 2008

Nantes (44)

Journée des Infirmières et des Paramédicaux

dans le cadre du Congrès des Sociétés Françaises Médico-chirurgicales de Pédiatrie.

Contact : Tél : 05 34 45 26 45.
Fax : 05 34 45 26 46.
pediatrie2008@europa-organisation.com

thanologie

2-4 octobre 2008

Poitiers (86)

Congrès de la Fédération Européenne Vivre son deuil.

Deuils et grand âge : peut-on apprendre à vieillir ?

Lieu : Salle de spectacle La Hune, 86280 Saint Benoit.

Contact : Fédération Européenne Vivre son deuil, 7 rue Taylor, 75010 Paris
fevdsd@vivresondeuil.asso.fr

CYCLE 2008

Paris

Séminaires annuels de la Fédération Européenne Vivre son deuil.

11-13 sept. : Deuil périnatal

21-22 oct. : Deuil et résilience

2-3 déc. : Les deuils non reconnus.

Contact : Tél / Fax : 01 42 08 11 16.
fevdsd@vivresondeuil.asso.fr

thérapie

17 octobre 2008

Bordeaux (33)

Colloque organisé par l'Institut Michel Montaigne.

Enjeux des dépistages et des prises en charge précoces.

Lieu : Athénée Municipal
Contact : Tél : 05 56 37 90 95
InstMM@aol.com

♦ **28-29 novembre 2008**

Paris

Séminaire du Groupement pour l'Etude et les Applications Médicales de l'Hypnose (GEAMH).

Du rapport magnétique à l'alliance thérapeutique.

Lieu : Asm
Contact : GEAMH, 23 rue de la Rochefoucauld, 75009 Paris.
geamh@hypnosemedicale.com

thérapie familiale et de groupe

15-19 juillet 2008

Sèvres (92)

Séminaire résidentiel du CEFFRAP.

Contact : Tél/Fax : 01 40 09 84 74.

ceffrap@cegetel.net

♦ 17 octobre 2008

Bordeaux (33)

Colloque de l'Institut Michel Montaigne.

Enjeux des dépistages et des prises en charge précoces.

Lieu : Athénée municipal.

Contact : Tél : 05 56 37 90 95.

InstMM@aol.com

6 novembre 2008

Dijon (21)

Colloque régional du CECCOF.

Les stress et les traumatismes de la vie. Peut-on échapper à la victimisation ?

Contact : CECCOF, 96 av. de la République, 75011 Paris.

Tél : 01 48 05 84 33.

Fax : 01 48 05 84 30.

ceccof@wanadoo.fr

7 novembre 2008

Dijon (21)

Canefour clinique du CECCOF.

Hypnose et thérapie familiale.

La double prise en charge intégrée.

Contact : Tél : 01 48 05 84 33.

Fax : 01 48 05 84 30.

ceccof@wanadoo.fr

21 novembre 2008

Paris

Confrontations cliniques organisées par le CECCOF.

Courants américains

et européens en thérapie familiale.

Contact : Tél : 01 48 05 84 33.

Fax : 01 48 05 84 30.

ceccof@wanadoo.fr

22 novembre 2008

Paris

Colloque du CECCOF.

Justice et injustices familiales.

Contact : Tél : 01 48 05 84 33.

Fax : 01 48 05 84 30.

ceccof@wanadoo.fr

CYCLE 2007-2008

Paris

Cycle de conférence organisées par PSYFA.

4 oct. : Le cadre institutionnel comme facteur de triangulation, et comme tiers paternel

différenciateur. C. Mercier.

22 nov. : Le travail avec les familles dont une enfant est atteint d'un handicap : comment apprivoiser le travail de penser ?

Contact : Tél : 01 39 67 03 17.

secretariat@psyfa.net

CYCLE 2007-2008

Paris

Cycle de séminaires

organisées par le CIRPPA.

Approche groupale des

fonctions d'encadrement

dans les institutions de soins et

les institutioos médico-sociales.

27-28 juin et 17-18 oct.

Contact : Tél/Fax : 01 42 40 41 12.

cirppa@wanadoo.fr

CYCLE 2008

Brive la Gaillarde (36)

Journées de formation organisées par l'association Aforvil.

Lieu : Centre Culturel.

Contact : Tél : 05 55 27 62 48.

aforvil@wanadoo.fr

CYCLE 2008

Aix-en-Provence (13)

Cycle de conférences-débats du Centre de Pratiques Familiales (CPF) sur la Parentalité.

9 juin : C. Flavigny : Le travail avec les familles et l'enjeu de la filiation.

8 sept. : S. Missonnier :

Le bébé en famille.

13 oct. : D. Marcelli :

Défenses paranoïaques en famille.

17 nov. : Ph. Gutton :

Réfléchissons sur le désir d'enfant.

8 déc. : B. Cyrulnik : Récits de loi.

Contact : Tél : 04 42 59 64 57/53.

centrepratiquesfamiliales@hotmail.fr

CYCLE 2008

Paris

Cycle de conférences de

la Société de Thérapie Familiale

Psychanalytique d'Ile-de-France.

Concepts essentiels et fondamen-

taux de la psychanalyse familiale.

Lieu : CHS Ste-Anne, 75014.

11 juin : Pactes, alliances et

contrats.

J.-P. Dumont, J.-P. Gonzales,

M. Mercier.

Contact : Tél : 01 74 71 71 66.

stfp.if@laposte.net

CYCLE 2008

Paris

Cycle de conférences de

l'Association Transition.

Le Travail psychanalytique

de groupe.

INSTITUT MICHEL MONTAIGNE

COLLOQUE

Vendredi 17 octobre 2008

BORDEAUX

Athénée Municipal

ENJEUX DES DÉPISTAGES ET DES PRISES EN CHARGE PRÉCOCES

Avec :

Pr. Guy AUSLOOS

Myriam CASSEN

Dr. Boris CYRULNIK

Dr. Jean-Michel DELILE

Pr. Grégory MICHEL

Dr. Daniel STERN

PROGRAMME DÉTAILLÉ SUR NOTRE SITE INTERNET

www.institutmichelmontaigne.com

CONTACT :

Institut Michel Montaigne

Centre de Thérapie Familiale

1 rue Charles Laterrade - 33400 TALENCE

Tél. 05 56 37 90 95

Courriel : InstMM@aol.com

7 juin : Les alliances

inconscientes. R. Kaës.

27 sept. : Travail de groupe

et interculturel. J. Le Roy.

18 oct. : L'école de Foules :

origine, développements,

applications. M. Pines.

Contact : Tél : 01 43 59 18 34

transition2@wanadoo.fr

CYCLE 2007-2010

Paris

Cycle Analyste et psychothérapeute

de groupe organisé par

l'Association Transition.

Conduite de groupe : 7-10 oct.

Contact : Tél : 01 43 59 18 34

transition2@wanadoo.fr

CYCLE 2008

Paris

Groupes de psychodrame

organisés par le CEFFRAP.

1-4 nov. 2008 : Cycle de psycho-

drame organisé par le CEFFRAP :

24-26 oct., 21-23 nov., 19-21 déc.

(3x3).

Groupe "dos à dos" organisé par le

CEFFRAP : 27-29 oct.

Groupe d'élaboration thématique

organisé par le CEFFRAP : 4-5 oct.

Contact : Tél/Fax : 01 40 09 84 74.

ceffrap@cegetel.net

♦ CYCLE 2008-2009

Neuilly-sur Seine (92)

Séminaire de D. Arnoux

et E. Castex.

Famille - Groupe - Institution :

Étude de cas et des théories.

Le mardi (9h à 10h).

Lieu : 5 rue du Général Cordonnier.

Contact : Melle Bernard.

Tél : 09 65 34 96 54

(9h30-12h sauf le mardi)

ufe.claparede@orange.fr

CYCLE 2008

Bordeaux (33)

Cycle de formation

organisé par le CIRCE.

Travailler sur soi

pour ne pas interpréter l'autre.

6-7-8 juin

Lieu : 20 rue Ferrère.

Contact : Tél. : 05 56 81 72 00

circe.matisson@psychodrame.com

CYCLE 2008*Paris*

Groupe de relaxation psychanalytique (méthode M. SAPIR) organisé par l'AREFFS. Deux séances groupées un samedi après-midi/mois
Contact : Tél. : 06 67 68 04 07.

vidéo**10-12 juin 2008***Lorquin (57)*

32^e Festival International Ciné-Vidéo-Psy de Lorquin.
Contact : Centre National de documentation audiovisuelle en Santé Mentale, 5 rue du Gal de Gaulle, 57790 Lorquin.
 Tél. : 03 87 23 14 79.
 Fax : 03 87 23 15 84.
 Site : www.cnasm.prd.fr

◆ CYCLE 2008*Toulouse (31)*

Soirée film-Débat organisé par C.H. Gérard Marchant à l'occasion de son 150^e anniversaire avec F. Fierro (sociologue et Directeur de PRISME).
1^{er} et 7 octobre (20h30).
Elle s'appelle Sabine de Sandrine Bonnaire.
 Lieu : Cinéma "Le Cratère".
Contact : Tél. : 05 61 43 40 28.
secretariat.direction@ch-marchant.fr

Rencontre/débat**◆ 5 juin 2008***Paris*

Débat-conférence "amphi Paradis" (18h-20h).
 Rencontre avec **Jean Oury** invité par Alain Vanier sur le thème "**Analyse structurale et métapsychologie dans les psychoses**".
Contact : Tél. : 01 57 27 63 90.
 Fax : 01 57 27 63 78.
jean-robert.majon@univ-paris-diderot.fr

5 juin 2008*Paris*

Présentation de l'ouvrage de O. Nicolle, R. Kaës et coll. : **L'institution en héritage. Mythes de fondation, transmissions, transformations** (Dunod, 2008).
 Lieu : Librairie Lipsy, 15 rue Monge, 75005 Paris.
Contact : Tél. : 01 43 54 71 05

◆ 17 juin 2008*Paris*

Rencontre avec M.-J. Soubieux sur son dernier ouvrage **Le berceau vide. Deuil périnatal et travail du psychanalyste**.
 Lieu : Librairie Lipsy, 15 rue Monge, 75005 Paris
Contact : Tél. : 01 43 54 71 05

◆ 19 septembre 2008*Toulouse (31)*

Conférence-Débat organisé par C.H. Gérard Marchant à l'occasion de son 150^e anniversaire.
Evolution des métiers sociaux en psychiatrie.
 Lieu : C.H. Gérard Marchant, 134 route d'Espagne.
Contact : Tél. : 05 61 43 40 28.
secretariat.direction@ch-marchant.fr

10-11-12 octobre 2008**18^e Salon de la Revue.**

Lieu : Espace d'animation des Blancs-Manteaux, 48 rue Vieille-du-Temple, 75004.
Contact : Ent'revues, 174 rue de Rivoli, 75001 Paris.
 Tél. : 01 53 34 23 23.
 Fax : 01 53 34 23 00.
info@entrevues.org

CYCLE 2008*Paris*

Soirées du Centre Etienne Marcel.
Réflexion sur le psychodrame analytique. P. Chaboche, Y. Manela, P. Sullivan. 3 mercredis (21-23h).
21/05/08.
 Lieu : Hôp. de Jour du Ctr E. Marcel.
Contact : Tél. : 01 43 38 15 64
ass.cem@ass-cem0.fr

exposition/concert**◆ 25 juin 2008***Lyon (69)*

Concert-rencontre **Léthé Musicale** (20h30) accueillant des personnes handicapées de l'APAJH.
 Lieu : conservatoire de Lyon, Salle Debussy, 4 montée Decourtray, 69005 Lyon.
Contact : Tél/fax : 04 78 83 79 31.
lethe.musicale@club.fr

◆ 6-18 octobre 2008*Portet-sur-Garonne (31)*

Exposition "**L'évolution de la psychiatrie**" organisée par C.H. Gérard Marchant à l'occasion de son 150^e anniversaire.
Contact : Tél. : 05 61 43 40 28.
secretariat.direction@ch-marchant.fr

"EXPO" 2008*Bron (69)*

Exposition organisée par le Centre Hospitalier Le Vinatier.
"Yiriba, l'arbre à Palabres. Culture et psychiatrie au Mali".
Jusqu'au 15 juin.
 Lieu : Ferme du Vinatier.
Contact : Tél. : 04 37 91 51 11.
laferme@ch-le-vinatier.fr

"EXPO" 2008*Paris*

Exposition : **Voyage au pays de gérousie. Jusqu'au 15 juin.**
 Lieu : Musée de l'AP-HP, 75005.
Contact : Tél. : 01 40 27 55 89.
marie-christine.valla@sap.aphp.fr

agenda international**◆ 6 juin 2008***Luxembourg*

Colloque organisé par le Groupe d'Etude et de Recherche Clinique en Psychanalyse de l'Enfant et de l'Adulte (GERCPEA).
L'enfant dans la société d'aujourd'hui. Entre excitation sexuelle et excitation virtuelle.
 Lieu : Maison d'accueil des Soeurs Franciscaines, 1011 Luxembourg.
Contact : Tél. : +352 472 174.
www.gercpea.lu

14 juin 2008*Buenos Aires (Argentine)*

Journée organisée par dePSICOTERAPIAS.com, sous la présidence du Dr J.C Kusnetzoff. **Introducción a la sexología clínica para profesionales de la salud mental.**
 Lieu : Paseo Plaza.
Contact : Tél/Fax (011) 4372-5798
jornadas@depsicoterapias.com
depsicoterapias.com

19-21 juin 2008*Grenade (Espagne)*

WPA Thematic Conference on **Depression and Relevant Psychiatric Condition in Primary Care.**
Contact : flores@ugr.es

23-26 juillet 2008*Barcelone (Espagne)*

3^e Congrès international de Psychanalyse de couple et de famille organisé par l'AIPCF.

Violences dans les couples et les familles contemporains. Un défi pour la psychanalyse familiale.

Contact : Tél. : +34 93 253 3000.
congresoAIPPF@blanquema.url.edu

11-12 septembre 2008*Lausanne (Suisse)*

2^e Congrès international francophone "Psychiatrie et violence".

Psychiatrie et violence : quel est le risque acceptable ?
Contact : www.psychiatrieviolence.ca

19-25 septembre 2008*Prague (République Tchèque)*

XIV World Congress of Psychiatry.
Contact : raboch@mbox.cesnet.cz
www.wpa-prague2008.cz

◆ 12-15 octobre 2008*Pékin (Chine)*

5th **World Congress for Psychotherapy.**
Contact : the 5th World Congress for Psychotherapy - 10A Datun Rd., Beijing 100101 - PR.China.
 Tél/Fax : +86-10-64855830
academy@wcp2008.org

14-15 octobre 2008*Gand (Belgique)*

1^{er} Congrès international autour du bébé organisé par le Centre Serge Lebovici.
Of babies and brains.
 Lieu : International Convention Center (ICC Ghent).
Contact : centrum@lebovici.be

16-19 octobre 2008*Athènes (Grèce)*

Hellenic Society For the Advancement of Psychiatry and Related Sciences organise Third Dual Congress on Psychiatry and Neurosciences.
Contact : egslelabath@hol.gr

30 oct. - 1^{er} nov. 2008*Bucarest (Roumanie)*

Colloque international organisé par la Société Roumaine de Psychanalyse et le Collège International de l'Adolescence (CILA).
Les défis de la psychanalyse au 21^e siècle. Penser la haine et la violence.
Contact : monicavant@noos.fr

8 novembre 2008*Lausanne (Suisse)*

Journée de travail de la revue **Thérapie Familiale** et de l'Institut Universitaire de Psychothérapie.
La recherche et l'évaluation des interventions et des thérapies systémiques.
Contact : Véronique Regamey : veroregamey@hotmail.com
 Dr Ignacio Garcia-Orad : inakigarcia@club-internet.fr

◆ 21-25 janvier 2009*Bangkok (Thaïlande)*

International Conference on **Early Disease Detection and Prevention (EDDP).**
Contact : Paragon Conventions 18 Avenue Louis-Casai 1209 Geneva, Suisse.
 Tél. : +41-22-5330-948
 Fax : +41-22-5802-953
eddp2009@paragon-conventions.com

6-7 février 2009*Carthage (Tunisie)*

Séminaire organisé par l'Unité de Recherche en Psychopathologie Clinique (URPC).
La scène.
Contact : Riadh BEN REJEB, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis.
Riadhbenrejeb@yahoo.fr

CYCLE 2008*Fort-de-France (Martinique)*

Séminaire mensuel de psychanalyse organisé par l'Association Psychanalytique "Forum" (**jusqu'en juin**).
La sexualité dans le psychisme.
 Lieu : Hôpital Clarac.
Contact : Tél. : 05 96 60 28 41.

◆ CYCLE 2008-2009*Genève (Suisse)*

Cycle de **formation à la pratique du psychodrame psychanalytique de groupe** organisé par l'AREPPSY.
A partir du 7 novembre 2008.
Contact : Sylvie Du Bois-Cassani, 341 route de Bernex, 1233 Bernex, Suisse.
Sdubois-cassani@swissonline.ch

CYCLE 2008-2010*Genève (Suisse)*

Cycle de formation donné par le Dr Neuburger.
Formation à la thérapie de couple.
Contact : Tél. : +41 22 310 43 62.
info@iecf.ch

parutions du mois

psychiatrie

Andreotti Laura, Benedetti Gaetano, Bourain Marie-Jo et al.
Autour de Gaetano Benedetti : une nouvelle approche des psychoses
Paris, Campagne Première, 18 €

Journal Français de psychiatrie (JFP), 29
Evaluation
Ramonville, Erès, 18 €

Missa Jean-Noël
Les maladies mentales
Paris, Puf, 22 €

psychologie psychopathologie

Année psychologique (L'), 108-1
Paris, Armand Colin, 24€

Cahiers de psychologie clinique, n°30
L'intelligence des corps
Bruxelles, De Boeck, 35 €

DeLaroche Patrick
Parents, vos ados ont besoin de vous !
Franchir le cap ensemble
Paris, Nathan, 14,95 €

Gaillard Bernard
Psychologie criminologique
Paris, In Press, 23 €

Heenen-Wolff Susann, Lafarge Isabelle
Petit guide du jeune psy
Paris, In Press, 14 €

Raoult Patrick-Ange
L'agir criminel adolescent. Clinique et psychopathologie des agirs
Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 23 €

Schneider Armin
Neurologie du comportement. La dimension neurologique de la neuropsychologie
Paris, Masson, 49 €

psychanalyse psychothérapie

Assoun Paul-Laurent
Le démon de midi
Paris, Ed. de l'Olivier, 10 €

Autre (L'), n°25
Partir... soigner
Grenoble, la Pensée Sauvage, 23 €

Bacherich Martine
La passion d'être soi. Cinq portraits
Paris, Gallimard, 18,90 €

Bessoles Philippe
Viol et identité
Paris, MJW Éditions, 20 €

Besson Jacques, Galtier Mireille
Hériter, transmettre : le bagage de bébé
Ramonville, Erès, 17 €

Bion W.R., Bion Francesca
Séminaires cliniques
Paris, Ithaque, 28 €

Bonnet Gérard
La perversion. Se venger pour survivre
Paris, Puf, 24 €

Bouhsira Jacques, Danon-Boileau Laurent, Janin Claude
Le refoulement
Paris, Puf, 25 €

Bydlowski Monique
Les enfants du désir
Paris, Odile Jacob, 23,90 €

Cady Sylvie
Soigner l'enfant psychosomatique
Sèvres, EDK, 20 €

Cahiers jungiens de psychanalyse, n°125
Vivre le sens
Paris, Cahiers Jungiens de Psychanalyse, 25 €

Castanet Hervé, Laniez Gérard
Parler(s) d'enfance(s) : que dit aujourd'hui la psychanalyse de l'enfance
Paris, l'Harmattan, 13 €

Chouvier Bernard, Roussillon René (dir.)
Corps, acte et symbolisation : psychanalyse aux frontières
Bruxelles, De Boeck, 22,50 €

Cliniques méditerranéennes, n°77
Le marché de la souffrance psychique
Ramonville, Erès, 25 €

Coq héron (Le), n°192/2008
Figures de l'autre en soi
Ramonville, Erès, 17 €

Denis Paul
Avancées de la psychanalyse
Paris, Puf, 30 €

Floc'h Isabelle, Pellé Arlette
L'inconscient est-il politiquement incorrect ?
Ramonville, Erès, 20 €

Green André
Joseph Conrad : le premier commandement
Paris, In Press, 22 €

Hamad Nazir
Adoption et parenté : questions actuelles
Ramonville, Erès, 15 €

Kaës René
Le complexe fraternel
Paris, Dunod, 25 €

Laplanche Jean
Vie et mort en psychanalyse
Paris, Puf, 12 €

Lauru Didier, Delpierre Laurence
La sexualité des enfants n'est pas l'affaire des grands
Paris, Albin Michel, 12,90 €

Michelet Jacques
Handicap mental et technique du psychodrame
Paris, l'Harmattan, 15 €

Monjauze Michèle
La problématique alcoolique
Paris, In Press, 23 €

Navarri Pascale
Trendy, sexy et inconscient. Regards d'une psychanalyste sur la mode
Grenoble, Paris, Puf, 18 €

Rey-Flaud Henri
L'enfant qui s'est arrêté au seuil du langage. Comprendre l'autisme
Paris, Aubier, 23 €

Perrier François
La Chaussée d'Antin Oeuvre psychanalytique II
Paris, Albin Michel, 30 €

Revue Française de Psychanalyse, LXXII, 2 (mai 2008)
Frères et sœurs
Paris, Puf, 31 €

Rey Yvelyne, Halin Lucien
Prendre place, la famille, l'école, la thérapie
Paris, Fabert, 20 €

Rubin Gabrielle
Il faut aider les pères
Paris, Payot, 18 €

Sassolas Marcel
Conflits et conflictualités dans le soin psychique
Ramonville, Erès, 23 €

Topique, 101
Le statut de la psychanalyse
Le Bouscat, l'Esprit du temps, 21 €

bloc-notes

PIERRE DELION

Tout ne se joue pas avant trois ans

Editions Albin Michel, 2008, 212 pages, 15 €.



La pédopsychiatrie française est jeune. Dans mes enseignements de la psychopathologie de l'enfant à l'université, je suis toujours surpris par les réactions d'étonnement des étudiants qui réalisent difficilement qu'après guerre en France, on rencontrait des enfants en institutions dans un état de souffrance et de dénuement comparable à celui des enfants vus à la télévision à la chute de Ceaucescu en Roumanie. En effet, le culte des enfants-rois d'aujourd'hui et le scientisme ambiant conduisent souvent à refouler aux oubliettes de l'histoire cette toute récente sauvagerie.

Aussi, faire entendre aux jeunes professionnels que les pionnières de la clinique de l'enfant J. Aubry, F. Dolto, les trois mousquetaires du LSD (diminutif du *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* codirigé par S. Lebovicci, M. Soulé et R. Diatkine), R. Misès, R. Perron et d'autres... ont dû sacrément se bagarrer pour que naisse une authentique psychiatrie de l'enfant, est la meilleure sensibilisation à la fragilité de l'édifice et à l'importance de ses enjeux cliniques et éthiques actuels.

Mais quels étaient donc ces obstacles à l'époque ? La psychiatrie infantile a dû d'abord convaincre les psychiatres d'adultes de sa légitimité à conquérir son autonomie épistémologique : un enfant en devenir ne peut pas relever d'une sémiologie, d'une psychopathologie, d'une nosographie et de stratégies thérapeutiques exportées de l'adulte. L'enfant en développement représentait aussi alors une gageure pour les défenseurs d'une structure permanente propice à un diagnostic ciselé se référant à une logique sémiologique médicale et à des catégorisations stables. De plus, la subtilité de la transition entre large amplitude du "suffisamment bon" et symptômes d'un tableau

psychopathologique avéré (par exemple les traits obsessionnels transitoires inhérents au développement *versus* la névrose obsessionnelle) constituait une épine irritative pour les conservateurs d'un normal et d'un pathologique bien clivés. La psychiatrie de l'enfant s'inscrivait dans la dialectique transgressive initiée par Freud et prolongée par G. Ganguilhem où toute différence de nature entre le normal et le pathologique est refusée au profit de l'inquiétante étrangeté d'une seule différence de degrés.

Il ne faut pas oublier non plus la revendication de ces psychiatres de l'enfant à être en plus des psychanalystes se situant dans la filiation du Freud des *Trois essais*, des thérapeutiques novatrices d'H. Hugh-Helmuth, d'A. Freud, de M. Klein, D.W. Winnicott... Elle chagrinait tous ceux pour qui la sexualité infantile était une élucubration monstrueuse d'un viennois, juif de surcroît. Enfin, il y avait ceux qui, se vantant d'être les vrais gardiens du temple de la psychanalyse, considéraient comme un sacrilège de conjuguer ensemble l'enfant observé et l'enfant reconstruit après-coup dans la cure d'adulte. Bien sûr, il y avait l'observation du petit-fils de Freud avec sa bobine et le petit Hans mais soyons sérieux, pensaient-ils, ces exceptions n'ont rien avoir avec la vraie psychanalyse !

Toutes ces résistances et bien d'autres encore ont rendu la tâche difficile à ces inventeurs pour imposer une psychiatrie de l'enfant dont la psychopathologie psychanalytique était la boussole élective et l'axe nosographique organisateur. Face à l'impérialisme de la classification du *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux* (DSM), l'élaboration et la mise en oeuvre des successives versions de la *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent* (CFTMEA, R. Misès et coll.) en ont été et en sont encore un excellent miroir.

Pourtant, force est de constater que cette psychiatrie infantile est bien advenue et qu'elle a dynamisé la sectorisation de l'hexagone. Une sectorisation où éthique, politique, philosophie et clinique institutionnelle se sont entremêlées avec une rare créativité autour de fortes personnalités comme J. Oury, F. Tosquelles, de références

à Foucault, à l'antipsychiatrie et à la question fondamentale du XX^{ème} siècle : "Peut-on penser après Auschwitz ?". Mais pourquoi diable rappeler cet historique pour introduire cette note de lecture du dernier ouvrage de P. Delion ? Pour deux raisons au moins, et pas des moindres. D'abord car l'auteur est un véritable héritier de cette lignée de psychiatres psychanalystes pour qui tous ces combats des fondateurs ont engendré un code des valeurs identitaires et impulsé une tradition de créativité. Celle-ci s'est notamment manifestée chez lui avec ses travaux sur l'accueil interdisciplinaire très précoce des enfants présentant des formes précoces d'autisme.

Cette ligne de conduite préventive typique de cette génération de pédopsychiatres repose sur une compréhension accrue de la plasticité infantile dans ses composantes multifactorielles et interactives psychiques, somatiques et environnementales : la mise en oeuvre à Angers puis à Lille d'une consultation conjointe avec un neuro-pédiatre, sa connivence avec le piagétien A. Bullinger sont deux facettes, parmi d'autres, de son ouverture épistémologique. Cette conception de la prévention a aussi conduit P. Delion à s'intéresser à l'adolescent, l'enfant, le bébé, aujourd'hui le fœtus et, par conséquent, à tisser des liens avec l'école, les différents services hospitaliers concernés (maternité, néonatalogie, pédiatrie), les PMI, les crèches... Il y a une deuxième justification de cet historique : ce qui ressort de l'ouvrage de P. Delion, c'est que, justement, toutes ces valeurs pionnières qui ont donné à la psychiatrie infantile ses orientations princeps doivent être actuellement défendues haut et fort car elles sont véritablement en danger.

C'est dans cet esprit de nécessaire militance que l'auteur dédie son livre au collectif *Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans*. C'est aussi à ce titre qu'il va suivre comme fil rouge tout au long des pages ce qu'il nomme les troubles de "l'hypermouvement", c'est-à-dire l'instabilité psychomotrice d'un côté et l'hyperkinésie avec ou sans déficit de l'attention de l'autre. Deux catégories diagnostiques qu'il différencie clairement là où menace une grande confusion qui n'est pas le fruit du hasard. Les fameux "troubles des conduites", eux aussi avatars

du développement moteur et psychomoteur de l'enfant, sont d'ailleurs en bonne place dans l'ouvrage. Ce livre arrive à point nommé car il démontre qu'il est possible de décrire avec clarté la complexité des multiples tableaux cliniques de la souffrance psychique infantile à une époque où médiatisation est trop souvent synonyme de simplification. Exemple emblématique, P. Delion n'est pas un anti-ritaline primaire mais il montre qu'une approche pédopsychiatrique digne de sa propre histoire ne peut envisager une telle prescription isolée sans une psychothérapie individuelle et/ou familiale au profit d'une essentielle mise en sens et en histoire des symptômes.

Ce que donne à lire P. Delion avec ses récits cliniques aussi profonds qu'empreints de modestie (Sylvester, Lino...), c'est que la pédopsychiatrie n'a pas grand chose à voir avec l'art de la guérison magique en une seule consultation comme certains ténors de la pédopsychiatrie ont pu récemment le laisser croire sur les médias. Le chapitre *Diagnostic et traitement : une rencontre et un suivi à long terme* s'explique patiemment sur ce thème. Le lecteur y découvrira aussi à quoi servent les classifications, ce que représentent les dérives d'une débauche expertale de spécialistes en diagnostic coupés de la pratique clinique et la fonction des symptômes dans une perspective psychanalytique. Le chapitre générique intitulé *Le développement de l'enfant* est un petit chef d'oeuvre. P. Delion, y mêle avec bonheur sa maîtrise professionnelle, sa sensibilité humaine, son humour et la qualité de son écriture didactique. De la vie fœtale jusqu'aux affres de l'Oedipe, en passant par le sevrage, le lecteur suit pas à pas les grandes étapes du développement. Je dois avouer qu'en lisant de tels exercices de style d'éminents collègues, il m'est arrivé plus d'une fois de m'ennuyer et rapidement sauter des pages. Ici, j'ai savouré sans impatience le cheminement du texte car les formulations sont toujours originales, souvent drôles, truffées d'expressions qui font mouche et subtilement ponctuées d'hypothèses "pointues" pour le professionnel aguerri à l'instar du paragraphe intitulé *Castration musculaire et moi musculaire* qui mérite une attention particulière pour la compréhension des troubles de l'hypermouvement et des conduites. Mais le chapitre *Question*

bloc-notes

d'autorité remporte sans doute la palme si l'on s'identifie à un lectorat tout public. On y trouve une théorisation du surmoi "radar comportemental externe" ou "intérieurisation d'un processus de limitation" qui devrait donner du grain à moudre dans les chaumières. Les soignants trouveront leur part dans l'évocation du roman *Le Saule* de H. Jr Selby que P. Delion interprète comme une métaphore émouvante du chemin à suivre face aux adolescents qui, comme Bobby, sont habités par la haine et l'esprit de vengeance. Pour eux la conquête de la castration musculaire est bien improbable à moins de rencontrer un guérisseur comme l'émouvant Moïse.

À ce point du livre, le lecteur est en très bonne condition pour accueillir la plaidoirie de l'auteur contre la tentation prédictive de la pédopsychiatrie contemporaine et prendre toute l'ampleur clinique, éthique et politique des enjeux de ce débat. Quand un sujet est objet d'une prédiction sociobiologique, elle pèse sur lui comme une menace aliénante. L'enfer est bien pavé des meilleures intentions du monde comme l'ont récemment illustré les rapports Inserm sur les troubles des conduites chez les enfants (2005) et Benisti (2005). Cette "sanitarisation biopolitique" (M. Foucault), reformulée par R. Gori et M.J. Del Volgo de "santé totalitaire" impose chez les professionnels de l'enfance une résistance à trois niveaux : la formation des jeunes à une prévention ouverte et contractuelle ; la réunion des compétences, des savoirs, des recherches, des cultures dans un polycentrisme en radicale opposition avec le centralisme d'une prévention sous contrainte ; les jonctions entre les différents courants théoriques et pratiques dans le champ de l'enfance. Le récit clinique de Jacquot présentant de graves troubles du comportement à l'école et suivi par Delion tout au long du primaire... et revu adulte "avec son amoureuse" après des études supérieures au Québec est saisissant. Jacquot confie des années après à son ancien thérapeute qu'il conserve de ces rencontres le sentiment qu'elles lui ont permis d'ouvrir des portes quand il était enfermé dans un tunnel. Et Delion d'affirmer dans la foulée que bien sûr il est tentant pour un clinicien expérimenté de faire des diagnostics "à mi-chemin entre la prophétie et le statistiquement pon-

déré" mais que la singularité et le parcours de chaque sujet imposent *a contrario* la modestie et le renoncement prédictif. Marius, le redoutable enfant destructeur de 9 ans au regard de Méduse donne à l'auteur dans le dernier chapitre, l'occasion de "prendre position" pour les thérapies d'inspiration freudienne. Son originalité de psychanalyste et de chef de service s'exprime à travers sa défense du couplage des réponses thérapeutiques (individuelle, groupale comme le *packing*) avec le groupe de supervision et l'organisation institutionnelle : c'est là la signature de la "thérapie institutionnelle" française dont P. Delion est un fervent défenseur au quotidien du soin et à travers l'enseignement dans un précieux DU sur ce thème à Lille. Finalement, si les capacités de résistance de la pédopsychiatrie française aux menaces d'une santé mentale infantile prédictive sont à la mesure du dynamisme constructif de ce livre et du gai savoir de P. Delion, elle a certainement de beaux jours... de combats devant elle ! Et, dans cette perspective de lutte, il est crucial pour nous, défenseurs de la psychopathologie psychanalytique, d'identifier clairement nos vaillants porte-paroles.

Sylvain Missonnier
Maître de Conférences, HDR
Paris X Nanterre

Numéro de juillet/août
(n°128)

SPÉCIAL FORMATIONS

Présentation des différents diplômes
(DU, DIU, DESU, ...), stages, formations,
séminaires, colloques, etc.

Parution le 4 juillet 2008
et diffusion jusqu'au 25 septembre 2008

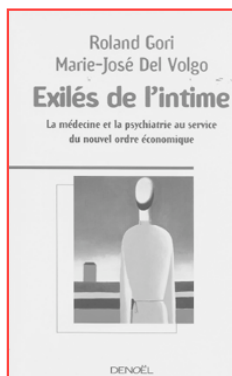
Pour obtenir les tarifs d'insertions publicitaires,
veuillez contacter :

Estelle Georges-Chassot Le Carnet Psy
8 av. JB Clément - 92100 Boulogne - France.
Tél : 01 46 04 74 35 - Fax : 01 46 04 74 00
Email : est@carnetpsy.com

ROLAND GORI, MARIE-JOSÉ DEL VOLGO
Exilés de l'intime.

*La médecine et la psychiatrie au service du
nouvel ordre économique*

Editions Denoël, 2008, 344 pages, 22€.



Il est certains ouvrages dont le poids politique et la rigueur épistémologique confluent pour livrer des vues sans complaisance sur notre monde post-moderne, tout en invitant à développer la pensée complexe des sciences humaines : à coup

sûr les écrits de Foucault comme ceux de Canguilhem ou encore d'Agamben participent de ces confluences, il faudra désormais y ajouter l'ouvrage de Gori et Del Volgo *Exilés de l'intime* !

Le titre *Exilés de l'intime* et le sous-titre de l'ouvrage *La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique* indiquent une part seulement de la teneur si ample du texte. Pour s'y glisser citons donc : "Nous devenons tous des exclus de l'intérieur parce que les concepts même d'intériorité, d'intimité, de psychisme, de conflits internes, ne sont plus nécessaires pour rendre compte de cet homme comportemental" (p.275). Il s'agirait dès lors dans la thèse centrale : de souligner, voire de dénoncer, les effets délétères de l'inféodation des pratiques de santé et de soins en médecine comme en psychiatrie à une nouvelle idéologie comportementale (ce nouvel ordre économique, du sous-titre) de la réduction à l'économie, à l'échange commercial, à la conscience confondue avec l'esprit d'entreprise et au culte de la performance consumériste... de chaque sujet, ou plutôt de la part singulière et quasi-poétique de chacun de nous. En cela nous serions "exilés de l'intime", c'est-à-dire en exil de notre propre opacité, de notre propre faillibilité, de notre propre tendance à ne pas être que le jeu des masques sociaux, familiaux, culturels, identificatoires divers qui nous traversent et nous constituent. Il existe une intimité du Sujet que la psychanalyse a nettement aidé à formuler comme à définir

et qui aujourd'hui se trouve battue en brèche par ce terme même de "comportement" car citons encore : "ce concept demeure muet en somme sur l'éthique et l'épistémologie de la parole et du langage" (p.43). La part d'intime, la part poétique comme nous la nommerions aussi en ces lignes s'accommode mal des appareils idéologiques brutaux et totalitaires et ce d'autant plus quand ces appareils, ces théories prennent le double visage du scientisme et de la logique économique. Qui s'opposerait aux progrès du savoir, qui renoncerait aux bénéfices d'une espérance de vie allongée et d'un soulagement des souffrances inhérentes à la maladie ? Qui refuserait un accroissement de ses possessions et autres marques d'un confort matériel qui ne désire pas les objets scintillants des modes technologiques vestimentaires ou ménagères ? Le savoir de la science couplé au confort des objets du marché assure un tandem idéologique d'une puissance inégalée !

Le double visage du scientisme et de l'économie consumériste forgent un horizon attirant toutes les perspectives en termes d'espérance dans le confort du corps et de l'esprit : un corps assaini dans un environnement confortable et même pourquoi pas durable (en attendant l'éternité...). Or ce double visage théorique grimace car il nous exile à nous-mêmes ; il nous arrache à l'incomplétude, au désir passionné, à l'hésitation au champ du rêve et à celui du manque. Nous sommes irrémédiablement tentés par ce double et avenant visage qui, pour mieux nous permettre de nous accomplir, nous réaliser dans la production saine et performante de notre économie corporelle autant que professionnelle, nous conduit à payer le prix impensable de cet exil à nous-mêmes.

Comment est née cette idéologie aux deux visages ? Quelles formes prend-elle y compris dans les menus détails de notre quotidien ? Que dit-elle du savoir et des pratiques médicales ainsi que des soins psychiques et de la place de la psychanalyse dans ce néo-monde ? Telles sont les vastes et ténébreuses questions que l'ouvrage nous invite à parcourir. L'ouvrage comporte trois parties outre une introduction et une conclusion. La magnifique introduction insiste sur la valeur et les fonctions symboliques des sépultures, dans un va-et-vient entre

bloc-notes

le Carnet psy

15
juin 2008

bloc-notes

perspective socio-anthropologique et psychanalytique. Le ton est donné d'un texte qui dans sa complexité parle de l'essence de l'humain des signes qui le structure et qu'il structure. La première partie, *Logiques et limites de l'homme bio-médical* indique avec force comment capitalisme et libéralisme s'apparient aux logiques de savoir et par là de contrôle du vivant, tant du côté des théories de la santé que du côté des prescriptions effrénées à un monde sain. Les deux sous-parties sur "l'entreprise de soi même" et sur le consentement comme "nouveau concept de civilisation" indiquant alors comment le biomédical est tout entier lié aux logiques économiques et judiciaires : la médecine n'est plus épistémologiquement l'*alpha* et l'*oméga* des pratiques de soins. Elle n'est plus qu'une part de l'appareil du contrôle du vivant (et des vivants) si l'on s'en remet à une perspective proche de M. Foucault.

La seconde partie, *Vers un sujet neuro-économique* permet de radicaliser le propos : à partir d'une nouvelle conception de l'humain, de ses désirs et de ses modes de relation à autrui, l'insistance et la part faite à la théorie des jeux permet ainsi de saisir ce qui des logiques de l'émulation bascule rapidement dans la concurrence voire dans l'instrumentalisation perverse... ainsi s'inscrit la question d'un nouveau style anthropologique d'une autre conception de l'humain... un nouvel *homo economicus* utopique mais redoutablement rationnalisé dans une machinerie qui dispute les gains de la croissance au partage des exclusions.

La troisième partie, *De la psychopathologie à la santé mentale* vient frontalement énoncer toutes les violences et attaques dont la psychiatrie comme la psychanalyse ont fait, font et vont nécessairement faire l'objet dans les temps à venir. La tentative de démantèlement théorique mais aussi institutionnel, est clairement soulignée en révélant comment : en prenant appui sur le scientisme le plus myope, les pistes génétiques et pharmacologiques sont devenues exclusives. On insistera sur la partie consacrée à l'invention d'une *Nouvelangue* de la psychopathologie aux accents de DSM, car en ces lignes est finement démontée la mécanique à broyer les concepts et les théories de la psyché... Le recours aux travaux de Klemperer sur la langue du *Troisième Reich*

venant faire frissonner dans ce que les ablations et autres répudiations de vocabulaires théoriques comportent de potentiellement "totalitaire" à force de se vouloir a-théorique et "totalisant"... On ne répudie donc pas impunément les termes d'hystérie et ne fait pas naître innocemment de l'écume les troubles "dys" (dysgraphie, dysérectilie, dysphorie) sans que des effets nets surgissent sur la formation des professionnels et la manière dont on considère les sujets... d'ailleurs ceux-ci sont alors moins sujets et bien plus des porteurs de maladie ou de "dys" et des clients potentiels qui par contrat usent du savoir des spécialistes labélisés et estampillés par le "bureau des vérifications des thérapeutes".

Enfin la conclusion permet avec des accents littéraires de la "fille sans qualités" de Julie Zeh de rappeler que pour rapatrier un peu de l'intime en nous-mêmes les conditions scientifiques, poétiques et langagières nécessitent de retrouver par des détours, voire des détournements ou encore des catachrèses, ce qui se lit de "l'humain dans l'homme". La force de cet écrit vient aussi de la double place de ses auteurs M.-J. Del Volgo est médecin, praticien hospitalier : la rigueur du savoir et de la pratique médicale lui sont familières et nul ne peut lui contester une position nette en ce champ, de plus comme directrice de recherches, elle s'inscrit dans le flux des débats contemporains, preuve en est ses précédents travaux sur *L'instant de dire et le mythe individuel du malade* ou encore sur *La douleur du malade*. R. Gori est professeur de psychopathologie et psychanalyste, auteur d'ouvrages remarquables dont *La preuve par la parole* et *Logique des passions*, il inscrit son travail de recherche et sa clinique sur l'axe de la rigueur épistémologique des conditions de théorisation et de mise en oeuvre de l'analyse ainsi que sur la place des dires, de la parole et du langage tant sur le versant théorique que clinique.

Tous deux ont déjà en commun un ouvrage, *La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence* qui abordait et dessinait une part des thèses des exilés de l'intime. Force est de constater qu'il ne s'agit donc pas d'un texte d'humeur, isolé ou pamphlétaire, au contraire il s'agit d'une pierre supplémentaire à une double oeuvre qui corres-

pond à la fois à un souci scientifique, humaniste et politique. On notera d'ailleurs que l'écriture à quatre mains est ici fort unifiée et ne laisse pas entrevoir de double point de vue mais bien une seule perspective rigoureuse et tendue vers son objet. La place des références et citations éminentes démontre la fluidité d'une pensée qui sait emprunter pour mieux enrichir les formules et thèses. Ainsi cheminons-nous avec Foucault, Weber, Elias, Agamben, Castel, Pignarre, Roudinesco, Melman, Horkeimer, Lacan, Zarifian ou Winnicott, quelques noms parmi la mosaïque complexe qui dessine les contours de la pensée des auteurs. Paradoxalement, si les références sont aisées à assimiler et n'alourdissent pas la lecture, on peut être surpris par l'absence d'index des auteurs ou par une bibliographie récapitulative en fin de volume qui pour sacrifier aux logiques universitaires n'eut pas été sans utilité pour l'esprit curieux de mise en perspective de ce beau travail.

Parmi la multitude des aspects et formules incisives qui sont proposées, peut-être pouvons-nous insister sur la notion de *Novlangue* : celle-ci nous a paru flamboyante dans les lueurs qu'elle jette sur les enjeux théoriques en psychopathologie, psychiatrie et psychanalyse. On peut ici rappeler que G. Orwell en a forgé le signifiant en 1948 pour son roman *1984*. Or à la fin de ce roman Orwell invite à lire un appendice sur les principes du *Novlangue*. On remarquera au passage que dans la traduction française, il s'agit du *Novlangue* et non pas de *LA Novlangue*, peut-être pour mieux souligner la part d'un jargon technique et idéologiquement inféodé... Les principes en sont clairs pour Orwell (au-delà de la partition en trois vocabulaires A,B,C auquel nous renvoyons dans l'ouvrage) citons : "*Le vocabulaire du Novlangue* était construit de telle sorte qu'il put fournir une expression exacte et très nuancée aux idées qu'un membre du parti pouvait (...) désirer communiquer. Mais il excluait toutes les autres idées et mêmes les possibilités d'y arriver par des méthodes indirectes. "L'invention de nouveaux mots, l'élimination surtout des mots indésirables, la suppression dans les mots restants de toute signification secondaire (...) contribuaient à ce résultat", voilà qui paraît compléter ce qui précédemment se disait des ambitions scientifiques. En cela il

existe une tentation totalitaire dans le DSM. Plus loin Orwell rajoute : "*Le Novlangue* était destiné non à étendre, mais à diminuer le domaine de la pensée, et la réduction au minimum du choix des mots aidait indirectement à atteindre ce but" ainsi à céder sur les mots, on cède sur la chose si l'on reste Freudien. Bien sûr, il y a là quelques excès pamphlétaires dans les précédentes lignes, et cependant le double travail du DSM de réduction des concepts psychopathologiques et de démultiplication des troubles en "*dys*" ne ressemblent-ils pas étrangement au texte orwellien ; il revient à Gori et Del Volgo de nous en proposer la piste pour mieux exiger de la rigueur dans la construction des savoirs. Dès lors s'éclaire mieux la place et la valeur dans les travaux de Gori pour l'éloge du détournement et par exemple pour la catachrèse, tant il est vrai qu'en cette trope, les mots vacillent et éclosent à une polysémie qui invite à penser un dire qui ne se réduit pas à l'intentionnalité de son énonciation et encore moins à sa définition manifeste ou technique. En serait-il de la théorie de l'inconscient comme de certaines catachrèses : elle détourne pour créer un sens inattendu ?

L'exil n'est pas peut-être sans produire de *diaspora* et dans ce mouvement une part de ce qui accompagne les exilés ce sont les traces symboliques du lieu dont ils viennent... à nous inviter à penser cet exil possible, Gori et Del Volgo nous convient à un travail théorique et clinique pour continuer à rendre la langue de l'intime encore audible. Dès lors il appartient aussi aux lecteurs de rapatrier en eux une part de ce qui court le risque de l'errance sur les chemins de l'oubli : le travail des textes, la patiente confrontation aux théories complexes les pratiques cliniques donnant site au sujet. Telles sont une part des moyens du rapatriement qui nous incombe, à tout le moins est ce aussi ce que j'ai cru lire et essayer de tracer en ces quelques lignes.

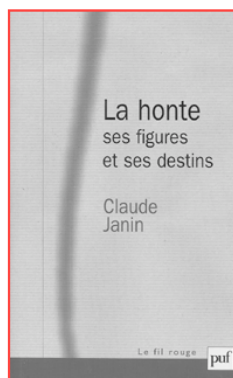
Christian Bonnet
Docteur en psychopathologie

bloc-notes

CLAUDE JANIN

La honte, ses figures et ses destins

Editions PUF, Le fil rouge, 2007, 169 pages, 20 €.



Poursuivant des élaborations qui avaient déjà donné lieu à un rapport au *Congrès des Psychanalystes de langue française* (Lyon, 2003), Claude Janin propose une étude psychanalytique de la honte qui en montre non seulement l'importance clinique, mais la pertinence métapsychologique. Il pose les jalons, convaincants et féconds, de la notion de honte primaire, citant en exergue Jean-Luc Donnet, dans son article *Lord Jim ou la honte de vivre* (commentaire du roman de Joseph Conrad, *Lord Jim*) : "L'excès de honte renvoie au refus de toute honte ; au refus de ce qui suscite nos hontes premières, après coup".

Née d'une réflexion sur la place de la honte dans la culture, sur ses destins défensifs et sur son actualité, cette étude de la honte est en même temps au cœur d'une réflexion sur l'expérience intrapsychique dans son double rapport à la pulsionnalité et à l'objet. Freud met en rapport la honte et le développement de la sexualité infantile ; Ferenczi insiste sur le rôle de l'objet dans la survenue de la honte, accentuant ainsi sa valeur narcissique. Imre Hermann, dans ses travaux sur l'agrippement, met en relation la honte et l'expérience d'un lâchage du petit par sa mère. Comment penser ensemble ces différents aspects ?

Comme affect, la honte est un représentant pulsionnel, dont il faut suivre les développements pré-oedipiens, oedipiens et post-oedipiens. Elle est aux origines de la vie psychique de l'individu comme à l'origine de l'humanité, ce dont témoignent les grands récits mythiques. Condition de l'émergence de la culpabilité, ses possibilités de développement survivent à l'installation de la culpabilité oedipienne, suscitant la dialectique honte-culpabilité, plus spécifiques des problématiques oedipiennes que des fonction-

nements prégénitaux. Il convient de postuler une honte primaire liée à la détresse originaire et aux premiers temps des soins maternels, dont le développement donne lieu à une honte, signal d'alarme et à une honte secondaire, selon le modèle freudien des destins de l'affect étudié par Freud en 1926 à propos de l'angoisse.

Claude Janin soutient quelques thèses essentielles : la honte est le premier organisateur de la psyché humaine, car c'est un affect dont le poids est déterminant pour l'humanisation. Elle précède la culpabilité ; l'échange de la honte contre la culpabilité est une composante essentielle du travail de culture : l'instauration de la culpabilité comme conséquence du meurtre du père primitif implique une honte première, liée à l'homosexualité des frères soumis à la domination sexuelle du père. Telle est, à l'échelle de l'humanité, la honte originaire, premier lien entre passivation, passivité et honte. Les frères de la horde échappent à la passivité et à l'homosexualité au moyen du meurtre du père primitif qui leur assure la possession des femmes. Mais à cette honte abandonnée succède la culpabilité liée au meurtre. De même, dans le développement individuel, la prématurité du nourrisson rencontre l'excitation liée aux soins maternels, ce qui constitue un traumatisme et entraîne un état de passivation par débordement des capacités de liaison psychique : c'est la détresse originaire. L'émergence du sexuel (qu'elle s'effectue par étayage ou par une séduction originaire) permet l'intrication de la détresse, éprouvée désormais comme honte primaire. La honte primaire est ainsi l'un des affects représentant dans le psychisme le résultat des premières intrications pulsionnelles ; elle est donc en rapport avec la constitution du masochisme originaire, érogène. A partir de cette honte primaire, la culpabilité primaire va émerger, par retournement de la passivité en activité (c'est moi qui abandonne l'objet), puis par projection (c'est lui qui m'a laissé, car je lui ai fait du mal).

De cette honte primaire se distingue une honte secondaire, l'affect de honte subjectivé, qui apparaît à la période de latence. Elle peut être une honte par petites quantités, honte-signal évitant le débordement. La honte secondaire ne résulte pas uniquement d'un

bloc-notes

contre-investissement : elle est aussi trace subjective dans le psychisme de la prématurité d'un moi débordé originellement dans sa mission de liaison de l'excitation sexuelle. La honte primaire est ainsi, bien qu'elle ne soit pas subjectivée à l'origine, représentée dans le psychisme comme un reste, un excès, dans le processus de liaison de l'excitation pulsionnelle. Les hontes précoces liées aux pulsions partielles et à la sexualité infantile - toujours en excès par rapport aux capacités de liaison - relèvent ainsi de la honte primaire, dans son aspect d'après-coup, tandis que les objets concourent à la liaison. Ainsi la mère, agent de liaison qui évite le débordement du moi par une honte invasive, est en même temps celle qui introduit la honte comme limitation aux poussées pulsionnelles. Par étayage, elle est donc l'organisateur de la honte signal d'alarme.

Ces thèses, présentées dès l'avant-propos, se déclinent dans un livre très structuré. L'auteur a le souci de maintenir ouverte une tension capitale pour la psychanalyse, le paradoxe qui considère le patient à la fois comme créateur de son monde interne (et donc potentiellement coupable de l'excès pulsionnel de son monde fantasmatique) et comme sujet d'abord façonné par ses objets premiers, éprouvant de ce fait la honte inextinguible de la prématurité psychique. Adam et Eve nus (évoqués à partir des fresques de la chapelle Brancacci de Florence) ne connaissent la honte qu'après la faute, dans laquelle émerge la différence des sexes : la honte (régrédiente et liée à l'innocence) et la culpabilité (progrédiente) sont à l'horizon des différenciations psychiques. L'opposition entre les deux voies se manifeste, à l'origine de la psychanalyse, dans le profond différend entre Ferenczi et Freud.

L'introduction du livre discute la différence des champs sémantiques de la honte entre le français, l'allemand et l'anglais, ainsi que leurs enjeux. Il est notable (Warren Kinston, 1983) que la *Standard Edition* des œuvres de Freud comporte 80 occurrences du terme anglais *Shame*, tandis que la version allemande des *Gesammelte Werke* ne connaît que 42 emplois du terme correspondant *Scham*, plus proche de l'idée de pudeur et 9 de *Schande*, plus proche de déshonneur et de scandale.

Un premier chapitre, consacré aux aspects métapsychologiques de la honte, la situe parmi les instances psychiques, dans la perspective freudienne qui la réfère à l'idéal du moi ; mais on ne peut séparer radicalement le versant surmoïque interdicteur du versant idéal. Claude Janin reprend de Fenichel (1946) la notion de honte signal d'alarme. Il discute les travaux de Janine Chasseguet-Smirgel et de Jean Guillaumin, explicitant les distinctions entre *raptus* honteux et *raptus* dépressif comme entre culpabilité et honte (laquelle introduit un collapsus entre surmoi et idéal). L'argumentation sur la notion de honte originaire s'enracine dans les élaborations freudiennes sur la horde primitive - avec le temps homosexuel premier de passivation des frères, puis le pacte dénégatif (R. Kaës, 1993) qui suit le meurtre du père -, dans la réflexion sur les régressions anales, dans le commentaire de rêves typiques (mort de personnes chères, examens, nudité), ainsi que dans la réflexion de Freud sur la latence historique (semblable à la latence psychique) qui clôt les développements de *L'homme Moïse et la religion monothéiste* : inscription conflictuelle des traces mnésiques, effacement, renforcement, ressurgissement de l'état de fait honteux qui avait été masqué. Dans le retournement régressif du sadisme en masochisme, la culpabilité (active) cède la place à la honte (subie). Le corps est un espace carrefour pour la honte, aussi bien du point de vue de l'hystérie, dans sa composante fondamentalement adolescente, que dans l'érotisme anal et dans les relations entre analité et exhibitionnisme - ce qui conduit aussi à faire de la honte le premier organisateur psychique, représentant groupal de l'instance refoulante.

La honte primaire précède la culpabilité primaire, et toute expérience de passivation est constitutive de la honte primaire. Apparaissent ainsi d'une part l'importance de la honte dans l'hominisation (illustrée par le propos freudien sur le lien entre toison pubienne et invention du tissage), d'autre part les points de passage et les liens complexes entre pudeur et honte, indiquant sa place essentielle dans la constitution du narcissisme. C'est ensuite la psychogenèse de la honte qui retient l'attention de l'auteur : les rapports entre la honte, l'excitation et le traumatisme permettent de préciser encore

bloc-notes

la notion de honte primaire et la façon dont les traumatismes précoces ou ultérieurs l'affectent, la renforcent et la complexifient. D'où la nécessité d'étudier les hontes précoces, sans confusion entre honte et culpabilité, ainsi que l'exhibition anale, retournement contre soi sur un mode passif/actif, pour éviter le retour effractif d'une passivation primaire traumatique, telle celle d'Oedipe exposé les pieds liés (Roussillon, 1991). Certains patients, de façon répétitive, tentent de transformer du traumatique en quelque chose de sexuel, témoignant ainsi d'un échec primaire des fonctions d'étayage des pulsions sexuelles sur l'autoconservation -l'essence du traumatique étant la mise en échec de l'emprise. La qualité des autoérotismes peut éviter le caractère dévastateur des hontes primaires marquées par le traumatisme. L'étude des transformations de l'affect de honte montre les formes de la honte secondaire, lors de la latence, à l'adolescence et pendant la post-adolescence. La honte des parents y fait le lien entre période de latence et adolescence. Un riche matériel clinique illustre ces réflexions. En particulier, une vignette clinique qui déploie les vicissitudes de la honte devant les pairs en regard de l'idéal du moi, lors de la postadolescence, témoigne de la force et des enjeux de la honte sociale (liée à l'origine des parents et à l'éducation reçue), et de son inscription dans l'intra-psychique. Peuvent alors être reformulées les propositions théoriques concernant la honte primaire, la honte secondaire et la honte-signal.

Claude Janin, dans une large discussion avec d'autres auteurs, propose alors un examen des problèmes qui touchent aux rapports de la honte d'une part avec le Moi, d'autre part avec l'autre ; c'est l'occasion d'évoquer les problématiques de l'éreutophobie, et les liens entre honte et phobie. Le lieu de la honte est celui de l'intime et du secret (P. Mérot, 2003) car l'intime est le coeur de l'identité. L'autre interne devient persécuteur quand il n'est plus un semblable mais un étranger et que le narcissisme s'éprouve défaillant, dans une carence de ses auto-érotismes. Puis viennent des études cliniques sur la honte dans la cure : la honte dans la cure classique, une forme massive de honte, la honte dans le contre-transfert. L'étude des points de rencontre entre la honte et la haine

-on n'est jamais déçu par l'objet de sa haine...- donne lieu à des réflexions sur le masochisme (un peu de honte pour oublier ma haine, un peu de haine pour masquer la honte), avec un commentaire de la *Lettre au père* de Kafka, ainsi qu'à des considérations sur la scène de ménage et sur la pornographie.

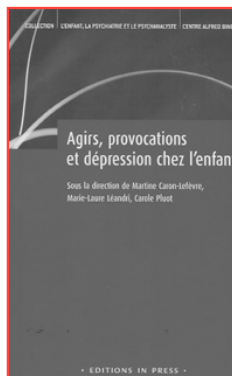
Enfin, un très important chapitre examine les normes de la honte dans la culture. Claude Janin est en effet attentif à l'importance et à la force des hontes sociales, comme il le montre dans sa clinique de l'adolescence. Il s'attache ainsi aux rapports entre la honte et le procès de civilisation comme à son importance dans différentes civilisations, notamment le Japon, réfléchit sur la honte dans le processus théorisant, à propos de Winnicott, et développe une méditation sur l'incomplétude et l'éloge de l'impureté, comprises comme manifestations de la honte dans la théorie.

Cette étude complexe, d'une très grande richesse métapsychologique et clinique, tend à ramener les hontes traumatiques à l'universalité de la honte primaire. Valorisant elle-même l'incomplétude comme réplique et solution à la honte inévitable, elle invite à la discussion avec l'auteur ; on peut penser par exemple qu'il sous-estime peut-être les liens entre honte et violence faite d'une prise en compte plus explicite des vécus d'humiliation qui réveillent les hontes précoces traumatiques et les hontes intimes. Mais l'essentiel est de permettre cette prise en compte de la honte dans l'écoute de l'intime des patients comme de leur vécu social. Au coeur de l'identité, au carrefour entre le moi et l'autre, la honte est essentielle, et éclaire sans doute bien des éléments des transferts négatifs et des réactions thérapeutiques négatives. Reconnue, nommée, accueillie, la honte s'apaise et permet la reconstitution des autoérotismes dans une régression bienfaisante à la honte primaire et à l'acceptation de la détresse initiale. Claude Janin apporte ainsi à la psychanalyse actuelle un point de vue et un enrichissement d'une importance considérable.

Dominique Bourdin
Psychanalyste S.P.P.

MARTINE CARON-LEFÈVRE,
MARIE-LAURE LÉANDRI, CAROLE PLUOT
**Agirs, provocations et dépression
chez l'enfant**

Editions In Press, 2007, 160 pages, 24 €.



Le quatrième ouvrage de la *Collection du Centre Alfred Binet* propose de suivre le travail de neuf psychanalystes avec leurs jeunes, et parfois très jeunes patients, abordant, avec quelles difficultés pour ces couples analytiques, les rivages de l'élaboration.

Le fil rouge suivi est celui des expressions différenciées de la dépression de l'enfant, de l'inhibition à l'explosion, d'où le titre *Agirs, provocations et dépression chez l'enfant*.

Par *agirs* sont désignés l'ensemble des comportements visibles et bruyants d'enfants chez qui la carence de représentation, avec son corollaire de pauvreté de symbolisation, est au premier plan, ainsi que la carence du pare-excitation. Rupture des capacités représentatives, rupture des capacités d'élaboration, empêchent les bénéfices de l'entrée en période de latence et le processus de sublimation qui forge le lit des apprentissages. L'autre versant de la dépression de l'enfant, dans sa manifestation clinique plus proche de celle de l'adulte, est celui de l'inhibition, de la perte de mouvement, qui met elle aussi hors circuit la capacité de représentation. Perte du plaisir du fonctionnement psychique, investissement de l'immobilité comme défense face à la perte de l'objet sont au cœur de cet autre aspect.

Nous noterons, au passage, et avec joie, qu'il y a encore une place pour la littérature, puisque deux psychanalystes de renom, dont les articles ouvrent et ferment respectivement cet ouvrage, ont choisi d'étayer leur propos sur des textes littéraires : Paul Denis en a appelé à Jules Renard, l'auteur de *Poil de Carotte*, pour donner de la couleur à son étude des rapports entre dépression et phobie ; pour lui, l'analogie entre elles tient "à

un mode de lutte contre l'angoisse et la dépersonnalisation par l'investissement d'un objet particulier, l'objet phobogène dans le cas de la phobie, l'objet dépressif dans le cas de la dépression." Cet article de Paul Denis, qui croise si finement la clinique proposée par *Poil de Carotte* et la métapsychologie, s'inscrit également dans l'actualité des débats autour de la notion d'objet, au sens psychanalytique : si, à l'instar de Bowlby, la dépression est envisagée comme une réaction innée biologique à la séparation d'avec la mère, la collusion immédiate mère /objet évite le débat sur l'objet dans son acception psychanalytique, et, partant, sur les notions d'investissement et de pulsion.

Quant à Augustin Jeanneau, c'est dans la lecture d'*Enfantines* de Valéry Larbaud, qu'il a trouvé matière à des réflexions de psychanalyste sur l'enfance et l'adolescence, sur la temporalité à ces moments particuliers, sur les émergences pulsionnelles à l'adolescence etc. Point de mièvrerie chez le respecté Larbaud, comme l'écrit Augustin Jeanneau : "la vie pulsionnelle (...) montrée dans toute la simplicité de sa violence et la cruauté de ses images." Impossible, hélas, de tout rapporter ici, alors juste une mise en bouche, pour ouvrir l'appétit, sur l'objet dépressif, et son investissement : "Je goûtai longtemps mon chagrin. Je le serrai tout contre moi ; il me tint compagnie pendant deux jours ; et quand il se fut évaporé, je fus triste d'avoir été consolée si vite."

Entre *Poil de Carotte*, qui "réclame toujours", et les enfants de Larbaud, d'autres enfants apparaissent au fil des articles de cette monographie, dont les troubles graves et les défenses - de qualité et de tonalité différentes -, donnent matière à penser aux analystes au-delà des mouvements internes de découragement. Voilà sans aucun doute un point fort, et un point commun, dans les textes de ces cliniciens au travail : une grande attention est portée aux mouvements internes des analystes, ouvrant tout le travail sur le contre-transfert, sur son analyse, et sur les mutations qui en découlent dans le traitement. Si Claude Avram intitule, en référence à René Diatkine citant Prévert, son article *Ils sont plus vifs que méchants*, c'est en pointant justement qu' "à l'unité de Soins Intensifs du Soir, il nous arrivait de

bloc-notes

bloc-notes

nous décourager sérieusement à cause des mauvaises manières d'un enfant" ; face à ce découragement partagé, restent la conviction et l'expérience que la reprise du fonctionnement psychique reste toujours possible... Ainsi, face à des symptomatologies très différenciées, d'allure implosive pour la patiente de Carole Pluot, ou explosive, pour les patients d'Anne Maupas ou de Pierre Denis, l'analyse du contre-transfert se révèle un tournant essentiel de l'analyse et de la reprise du fonctionnement psychique du patient.

A lire également dans cette monographie, l'important article d'Evelyne Chauvet, dont le titre donne très bien les axes de recherche : *Le playing inaccessible : une transitionnalité d'apparence, entre omnipotence et dépression*. Illusion d'une "normalité" donnée par un apparent rapport au jeu, mais un jeu sans

plaisir, sans expérience créatrice, constitution d'un *faux self*, dépression - maternelle - partagée, incorporée, fausse réparation, sont les jalons de la théorisation qu'Evelyne Chauvet propose, faisant une place de choix à Winnicott mais aussi à sa clinique propre, où la créativité est, là, de mise. Jacques Angelergues, pour sa part, met au travail le modèle élaboré par Pasche de dépression d'infériorité, conception "volontairement restrictive de la dépression (qui) a pour objet de cerner un des pivots de la problématique dépressive et de son évolution : c'est-à-dire, ne pas se laisser disperser par le caractère polymorphe des symptômes et bien cerner les enjeux de l'action thérapeutique".

La présentation de Jacques Angelergues met en valeur les enjeux métapsychologiques de cette dépression d'infériorité -notion d'idéal du moi mégalomane, alliance moi/surmoi, lien moi/je- autour d'une vignette clinique assez illustrative de ce que leurs analystes sont amenés à vivre avec nombre de patients adolescents.

Il est également question, dans cet ouvrage, des traitements en groupe comme en témoigne l'article de Norbert Fleury et Josiane Rivier, qui a le grand avantage de rendre compte d'une clinique particulièrement délicate, mais également de présenter des réflexions sur le concept de "groupe thérapeutique" et ses différentes déclinaisons, réflexions qui intéressent bon nombre de cliniciens auprès d'enfants dans des institutions.

Pour conclure, ce voyage au pays de la dépression de l'enfant est instructif ; on y visite des paysages extrêmement différenciés, ceux où prévaut l'inhibition et son immobilisme comme ceux où l'agir constitue le dernier recours avant l'effondrement -et galvanisant- puisque l'élaboration, *via* les théorisations de chaque analyste, s'y déploie et s'y montre opérante.

Françoise Moggio
Pédopsychiatre, Psychanalyste S.P.P.

PUBLIER UNE NOTE DE RECHERCHE dans le Carnet/PSY

**La rubrique « Note de Recherche »
publie des travaux évalués anonymement
par un comité constitué de :**

Jacques Angelergues, Alain Braconnier,
Olivier Chouchena, Marie-Frédérique Bacqué,
Nathalie Boige, Pierre Delion, Taïeb Ferradji,
Nathalie Gluck, Bernard Golse,
Antoine Guedeney, Patrice Huerre,
Simone Korr-Sausse, François Mart y,
Sylvain Missonnier, Lisa Ouss,
Nathalie Presme, François Richard.

Chaque manuscrit doit être adressé par e-mail
à Estelle Georges-Chassot : est@carnetpsy.com
sous forme de document Word,
police Verdana 12 - interligne 1.5 - pages numérotées
25.000 caractères maxi (espaces compris)
incluant les références bibliographiques
dans le corps du texte et en fin de document aux normes
APA (téléchargeables : www.carnetpsy.com)
un résumé de 10 lignes en français et en anglais
5 mots-clés en français et en anglais

**En fin de ce document, pour chacun des auteurs
dans l'ordre des signataires, sont précisés :**
Nom, Prénom, adresse postale, adresse électronique,
numéro de téléphone, titres professionnels.
Un accusé de réception est envoyé par mail à réception.
**La décision du comité est transmise
par mail au premier auteur.**

JACQUES BARILLON, PAUL BENSUSSAN

Le nouveau code de la sexualité

Editions Odile Jacob, 2008, 362 pages, 23 €.



Sait-on toujours à quoi l'on s'engage lorsqu'on se promène tout nu chez soi, lorsque, médecin, on entame une liaison avec une patiente ou une ancienne patiente, lorsqu'on rompt par texto ? Pas si sûr, répondent Jacques Barillon, avocat inter-

national et Paul Bensussan, psychiatre auprès des tribunaux. Ils se sont donc associés pour répondre à ces questions, et à bien d'autres encore, dans un ouvrage tout à fait remarquable dans lequel ils décortiquent avec sérieux et humour les situations pouvant poser problème.

Pour illustrer leur propos, nous ne résistons pas à donner les réponses aux quelques questions de l'introduction. Peut-on sans souci se promener tout nu chez soi ? Oui, à condition écrivent les auteurs, "de pouvoir démontrer que l'on a pris un minimum de précautions pour ne pas être vu (de l'extérieur) par un témoin involontaire dont la pudeur pourrait être offensée par cette exhibition." Cependant, ce n'est pas le simple fait d'être surpris qui caractérise le délit d'exhibitionnisme, réprimé par la loi, mais bien l'intention d'être vu. L'ancienne qualification d' "outrage public à la pudeur" qui revenait à la seule possibilité d'être surpris par autrui n'est plus d'actualité. Seuls des amants qui n'auraient pris aucune précaution pour ne pas être vus dans une crique déserte... Voire auraient tout fait pour être surpris, pourraient être sanctionnés. Dans le

même ordre d'idée, on peut être poursuivi pour exhibitionnisme dans un camp de naturistes si un acte obscène est commis ou si survient une érection ostentatoire susceptible de choquer !

Si un médecin cède à la tentation d'avoir une liaison avec une patiente, il risque non seulement une sanction disciplinaire mais aussi une sanction pénale. Le "consentement" de la patiente est alors présumé vicié du fait de l'ascendant moral que le praticien exerce sur une personne dont il aurait dû mesurer la vulnérabilité. Et même si la relation thérapeutique a pris fin le médecin encourt un risque pénal. Il peut, en effet, être soupçonné d'en avoir artificiellement provoqué le terme pour échapper à toute obligation éthique ou déontologique. Ce qui veut dire que même si le médecin, séduit, a adressé la patiente à un confrère pour pouvoir entamer une liaison, il est susceptible d'être sanctionné.

En cas de rupture, mieux vaut se montrer *fair play* même au tout début d'une relation et même s'il n'y a ni mariage ni cohabitation. Les demandes de dommages et intérêts peuvent coûter très cher à celui qui rompt par mail ou SMS. La liberté de se séparer, comme le soulignent les auteurs, est toute relative et le prix de la rupture d'autant plus élevé que la liaison aura duré longtemps. De quoi encourager les aventures ?

Les auteurs envisagent ainsi une soixantaine de situations concrètes, tirées de leurs pratiques afin comme ils l'écrivent "d'informer sur les risques judiciaires que chacun encourt dans le cadre de sa vie la plus intime". A méditer !

Danielle Torchin
Psychiatre

Le Carnet Psy publiera dans ses deux prochains numéros :

ACTES DU COLLOQUE BBADOS 2008

"Dépression du bébé, dépression de l'adolescent" des 28 et 29 mars 2008 à Paris

n°128 (juillet/août 2008) - 1^{ère} partie

et n°129 (septembre/oct. 2008) - 2^e partie

Vous pourrez commander ces 2 numéros sur notre site internet

www.carnetpsy.com (paiement sécurisé)

bloc-notes

LA PSYCHOSOMATIQUE CONTEMPORAINE (2^{ème} partie)

Dossier coordonné par le Pr Dominique Cupa

Gérard Szvec**LE PSYCHODRAME AVEC DES PATIENTS SOMATISANTS****Dominique Cupa,
Marie-Laure Gourdon,
Hélène Riazuelo, Cécile Causeret****PSYCHANALYSE EN NÉPHROLOGIE****Nathalie Boige,
Sylvain Missonnier****LA CONSULTATION DE GASTRO-PÉDIATRIE
PSYCHOSOMATIQUE****Sylvie Faure-Pragier****LA STÉRILITÉ FÉMININE PEUT-ELLE ÊTRE CONSIDÉRÉE
COMME UNE AFFECTION PSYCHOSOMATIQUE ?****Michel de M'Uzan****ENTRETIEN par DOMINIQUE CUPA****Le psychodrame avec
des patients somatisants****GÉRARD SZVEC**

Pendant longtemps, Pierre Marty n'a pas voulu entendre parler de psychodrame. Il a toutefois accepté de nous laisser tenter une expérience de psychodrame à l'Institut de Psychosomatique (IPSO) avec des patients somatisants. Elle dure depuis 18 ans.

P. Marty assimilait cette technique à une thérapie de groupe et devait craindre que la multiplicité des liens ne provoque une confrontation forcée du patient à une conflictualité oedipienne non intégrable par son propre fonctionnement psychique. Il devait supposer que le psychodrame laisserait moins d'échappatoires aux patients intolérants aux situations triangulées conflictuelles et qu'il en résulterait un risque accru de désorganisation somatique.

Si les psychosomaticiens se sont méfiés du psychodrame jusqu'en 1990, il n'en a pas été de même pour les praticiens et théoriciens du psychodrame vis-à-vis de la théorie psychosomatique pendant la même période. En 1958, S. Lebovici, R. Diatkine et E. Kestemberg posaient comme principe général des indications du psychodrame

qu'il s'adresse à des patients ne pouvant pas bénéficier de psychothérapies verbales. Cette distinction paraît curieuse aujourd'hui mais s'inscrit à l'époque dans une visée d'aide à la verbalisation lorsque celle-ci est entravée.

En 1987, E. Kestemberg et P. Jeammet avancent que le psychodrame n'est pas opposé aux thérapies verbales et la notion d'entraves à la verbalisation laisse la place à celle d'entraves au fonctionnement psychique. Le but primordial du psychodrame devient la remise en fonctionnement des capacités préconscientes du sujet, but que se fixaient les psychosomaticiens pour leurs patients somatisants. Au psychodrame, il s'agit d'atteindre ce but par des moyens qui apparaissent en bien des points comparables à la technique de thérapie des patients somatiques, qu'il s'agisse, comme l'ont écrit les auteurs, d'offrir "une béquille sensorielle" aux patients, d'animer leurs capacités fantasmatiques associatives en ayant recours aux fantasmes des thérapeutes et du meneur, ou de favoriser des latéralisations du transfert.

Les indications du psychodrame concernent désormais en premier lieu des sujets dont les psychosomaticiens diraient qu'ils ont une mentalisation défailante, chez qui le manque de liberté associative entravant leur fonctionnement mental peut entraîner "une

pensée de type opératoire qui ne s'intéresse qu'au factuel et fuit les émotions". Ainsi, au moment même où P. Marty et les psychosomaticiens récusaient le psychodrame comme méthode de traitement pour ces patients mal mentalisés, ceux-ci deviennent, pour les psychodramatistes leur indication principale et même la raison d'être du psychodrame.

La fonction maternelle du thérapeute est-elle compatible avec le psychodrame ?

La technique prudente préconisée par P. Marty avec les patients somatisants, surtout s'ils ont un fonctionnement opératoire, peut sembler, au premier abord, assez peu compatible avec le psychodrame. Dans une thérapie individuelle, il s'agit, avant tout, d'éviter de traumatiser ces patients chez qui s'exprime une forte tendance à la déliaison et à la dissolution de l'activité représentative, et sur qui pèse, de ce fait, un risque de désorganisation somatique.

La première tâche du thérapeute, selon P. Marty, n'est donc pas d'interpréter ce qu'il trouve dangereux, mais d'assurer une forme d'accompagnement qu'il a appelée "fonction maternelle du thérapeute". Celle-ci assure un accompagnement, un mode de relation qui vise à entraîner le patient à créer des liens, quels qu'ils soient. Or, la théorie du psychodrame a repris également cet objectif, en considérant que son dispositif incite le patient à créer des liens en fournissant à celui-ci des représentations. Cette caractéristique du psychodrame, censée poursuivre le même but que la fonction maternelle du thérapeute selon P. Marty, est presque son contraire. Au psychodrame, l'activité de liaison associative du patient est stimulée par les figurations apportées par les cothérapeutes dans le jeu et par le meneur lors de la reprise du matériel, ne serait-ce que, par exemple, lorsqu'il établit des liens entre la scène qui vient d'être jouée et d'autres jouées antérieurement.

On comprend qu'un enrichissement de l'épaisseur du préconscient du patient peut en être attendu. Cependant, les psychodramatistes sont loin de la "prudence du démineur" préconisée par P. Marty, et semblent ignorer que l'injection de fantasmes peut avoir des effets plus néfastes chez un patient

au fonctionnement psychique "inachevé". En proposant ses propres associations, l'analyste risque de confronter son patient à un fonctionnement psychique achevé post-oedipien qui lui est inaccessible. La perception du manque qui s'ensuit peut alors provoquer une blessure narcissique. Chez les patients somatisants, ce risque se double d'un risque d'atteinte du somatique. D'où les aménagements techniques préconisés par P. Marty afin de diminuer ce danger par rapport à celui que fait encourir la cure classique. Or, le psychodrame expose plus encore que la cure-type le fonctionnement psychique des thérapeutes et leur nombre démultiplie aussi le risque de survenue d'une telle blessure narcissique.

A propos d'un exemple d'intervention de Pierre Marty

Un exemple d'intervention dans une cure donné par P. Marty concerne la répression et permet aussi de mieux comprendre la technique prudente qu'il recommande. On l'imagine facilement transposé au psychodrame : "Il m'arrive, dit P. Marty, de dire à un patient qui me raconte comment il s'est abstenu de répondre à une agression dont il a été l'objet : "Vous savez ? moi j'agis autrement ; si quelqu'un me marche sur le pied dans le métro, j'ai envie de le tuer. Bien sûr, je ne le tue pas !, mais je suis furieux, je fais la tête, et au bout d'un moment, je me mets en colère contre moi-même et l'excuse. Il ne l'a pas fait exprès. Mais n'importe comment, il m'a fait mal et je reconnais que, sur le moment, j'ai eu envie de le tuer. Mais moi, je ne suis pas vous". On voit bien que, bien que se méfiant du psychodrame avec les patients somatiques, P. Marty préconisait des interventions au style psychodramatique, et en faisait lui-même très souvent. Que peut-on imaginer de l'exemple de P. Marty s'il était transposé au psychodrame ?

Je pense que le simple fait qu'un cothérapeute joue la scène en supprimant la répression de l'agressivité du patient permettrait de montrer à celui-ci qu'un autre fonctionnement est possible dans lequel des désirs peuvent s'exprimer et être reconnus. Le psychodrame permettrait, théoriquement encore, de proposer d'autres versions de cette scène, par exemple en exagérant le système de répression du patient à la façon

d'un miroir grossissant. Le psychodrame pourrait encore permettre une inversion des rôles, en plaçant le patient à son tour en position d'écraseur de pieds et d'agresseur. Le dispositif du psychodrame aurait encore théoriquement l'avantage que le meneur s'expose moins, en laissant le soin aux cothérapeutes d'exprimer dans le jeu ce que P. Marty seul en face de son patient, doit lui expliquer dans un long monologue. En faisant l'économie de cette démonstration explicative grâce au jeu auquel il ne participe pas directement, le meneur risquerait moins de compromettre sa neutralité.

Mais, cette intense activité de liaison qui fait l'intérêt du psychodrame avec des patients psychosomatiques est également ce qui peut le faire échouer, car le bon déroulement de chacune des occurrences de jeu mentionnées peut être entravé par une blessure narcissique résultant de la confrontation à un fonctionnement auquel le patient ne peut pas s'identifier.

Le psychodrame et la répression

Il n'en reste pas moins que le psychodrame se révèle une technique particulièrement intéressante, me semble-il, dans le cas d'une répression d'affects et/ou de représentations. Nous avons fait, des séances d'exploration avec un garçon de 13 ans, Louis, qui a un sévère eczéma généralisé cortico-dépendant et une névrose d'enfant sage depuis l'âge de 4 ans. Il est très difficile de lui arracher quelques indications pour jouer. A la première séance, les procédés usuels par des questions du genre : "ça se passerait où ?, dehors ou dedans ?, il y aurait qui ?" etc., permettent d'obtenir, comme indication de jeu, que la scène se passerait au collège où aurait lieu une discussion entre deux copains, lui-même étant absent. Il joue l'un des deux. L'autre est joué par un cothérapeute qui ne manque pas de rapporter cette absence à des conflits, par exemple qu'il craint de se mesurer à ses copains. Le copain joué par Louis, de son côté, explique que Louis est absent parce qu'il est en train d'aider ses parents à la maison, qu'il met la table et fait ses devoirs.

Dans la reprise de la scène avec moi, il m'explique qu'il n'y a aucun conflit entre "aller jouer avec ses copains" et "rester faire

ses devoirs" et "être raisonnable". Il n'a pas d'autres désirs que d'être sérieux, serviable et gentil.

Dans la scène suivante, il est avec ses gentils grands-parents. Les deux cothérapeutes qui jouent leurs rôles conflictualisent de toutes les façons possibles, en comparant Louis à sa petite soeur qu'ils trouvent si parfaite, ou en le plaçant en situation d'avoir à choisir entre eux deux. L'une des interventions de Louis, dans cette scène, est pour dire qu'il ne pleure plus autant que lorsqu'il était enfant. J'interromps la scène là-dessus pour lui demander les raisons de ses pleurs. Il le faisait à chaque contrariété, me dit-il, réponse qui me permet de lui montrer que, s'il affirme ne jamais être contrarié maintenant, il y a bien eu un temps où il l'a été. Il en convient et me donne un exemple : quand on lui donnait un bonbon, il en voulait un second et n'en avait jamais assez. Puisqu'il n'est plus contrarié maintenant, je lui demande comment il a fait pour ne plus l'être ? Il me répond : "j'ai grandi". J'entends, ici : "j'ai réprimé mes pulsions", et je pense que c'est comme cela que s'est constituée sa névrose d'enfant sage.

C'est une telle répression de l'affect et un tel effort pour écarter des représentations qui me semblent à l'oeuvre chez Louis comme chez le patient de P. Marty. Au psychodrame de Louis, de scène en scène, les cothérapeutes vont continuer à en rajouter du côté des conflits, qui deviennent de plus en plus violents, alors que Louis reste d'une docilité impressionnante, paraissant non concerné. Arrive la scène d'une discussion qu'il aurait avec ses deux soeurs. Les cothérapeutes jouent à des jeux de filles qui excluent Louis mais disent bien vouloir jouer avec lui à condition qu'il se déguise en fille. Il finit par réagir, relâchant la répression de son agressivité, en disant préférer un déguisement de cow-boy. Les cothérapeutes continuent à exacerber le conflit oedipien et la menace de castration. Elles lui donnent le costume et le revolver, mais la thérapeute qui tient le rôle de la petite soeur lui arrache son revolver et le casse. Louis dit "ce n'est pas grave". J'arrête la scène et lui fais remarquer que "ce n'est pas grave" est une phrase qu'il répète très souvent. Il se justifie : non, ce n'était vraiment pas grave de lui enlever son revolver et le casser. Je lui demande ce qui

pourrait bien être grave alors. Il répond que ce serait la mort de quelqu'un, une maladie, un accident. Je lui propose de jouer une scène de ce genre. Il y aurait donc un incendie et il serait pompier. Il essaierait de sauver deux personnes, un homme et une femme. À écouter cet énoncé, on peut se dire que la conflictualisation apportée par le psychodrame a quand même permis de relâcher la répression pour faire émerger cet intéressant fantasme de scène primitive.

L'impossibilité à jouer de l'opérateur

Le dispositif du psychodrame place le patient dans une situation triangulée conflictuelle et, lorsqu'il existe une insuffisance de fonctionnalité du refoulement chez lui, le psychodrame le confronte à son incapacité à élaborer son complexe d'œdipe. Cette confrontation au conflit œdipien me semble alors responsable d'une plus grande fréquence des arrêts de traitements, et dans l'expérience de notre équipe, également d'une plus grande fréquence d'indications refusées après quelques séances d'essai.

Un patient très opératoire qui ne fonctionne que dans le factuel et la reduplication projective se trouve, finalement, incapable de jouer. Le plus souvent, il n'a pas d'idées de scène à proposer. Il y a plusieurs façons d'envisager ce "je n'ai pas d'idées de scène à proposer". Il me semble que certains patients qui disent ne pas avoir d'idées au psychodrame pratiquent ainsi une négation immobilisant le psychodrame sur un mode équivalent à une paralysie hystérique et j'ai montré à ce propos les analogies du psychodrame avec les rêves typiques. L'exhibition d'un manque d'idées par un patient me semble, en effet, comparable au rêve de confusion devant la nudité ainsi qu'au rêve d'examen, d'autant plus que ces rêves typiques s'accompagnent d'une paralysie de l'activité associative.

Avec les patients somatiques mal mentalisés, je crois que la distinction proposée par A. Green entre les patients qui disent ne penser à rien et ceux qui disent avoir un blanc de la pensée prend toute sa pertinence. Les premiers opèrent une négation : "je n'ai pas d'idées" masque qu'ils en ont trop. Ils expriment une pensée de transfert et la négation repose sur un refoulement.

Les seconds tentent de communiquer un trouble de l'activité de penser, une suspension d'activité psychique. Le blanc de la pensée n'est pas évocateur d'un refoulement. C'est le cas des patients limites pour Green, et, des plus opératoires dans notre expérience. Ceux-là n'ont pas d'idées de scènes à jouer parce qu'ils sont fixés au factuel et à l'utilitaire. S'ils finissent par jouer un rôle, ils sont dans le réalisme, c'est-à-dire qu'ils jouent sans jouer. La nécessité qui les pousse à désinvestir les relations objectales compromet toutes les identifications, à commencer par l'identification au meneur.

L'investissement d'une équipe de psychodrame par un opératoire a ceci de particulier qu'il est contrecarré, à mon avis, par le fait que celui-ci cherche tout en même temps à désinvestir les relations individuelles sur un mode "désobjectalisant". Je pense que cet investissement comportant une part de désinvestissement ne peut qu'empêcher les phénomènes identificatoires, notamment au meneur. Même si on peut supposer que la fragmentation du transfert pourrait être un atout avec certains patients somatisants, comme les transferts latéraux qui sont respectés et valorisés par les psychosomatiques, il y a, me semble-t-il, une difficulté majeure due au fait que c'est le transfert lui-même qui est absent ou réduit au minimum. Et, selon moi, l'opératoire qui supporte la situation de psychodrame, ne le fait que grâce à une part non opératoire chez lui, autrement dit, un reste de fonctionnement névrotique ou psychotique.

Conflits, séduction et menace de castration au psychodrame

Même si le psychodrame crée des liens, il n'est pas vraiment assimilable à une fonction maternelle du thérapeute du fait qu'il favorise les tiraillements conflictuels et qu'il est bien difficile de lui ôter ce caractère conflictualisant qui lui est consubstantiel. L'adolescent qui choisit une scène en classe a toutes les chances de se trouver, dans le jeu, pris en sandwich entre un cothérapeute qui le pousse à satisfaire ses pulsions et un autre incarnant un surmoi qui s'y oppose. Le psychodrame est un dispositif qui pousse à transformer toutes sortes de situations en conflits entre instances, ce qui est l'un de ses atouts avec les névrosés mais n'est pas un

avantage avec un patient qui n'a pas le même accès à ces conflits. Chez Louis, par exemple, la docilité ne me semble pas résulter d'une culpabilité en rapport avec l'action d'un surmoi individuel plus ou moins sévère. Je pense qu'il y a, chez lui, la volonté de n'avoir aucun conflit pour être en conformité à un idéal social qui les désavoue. Le consensus social en question ne me semble pas s'être forgé par l'identification au chef caractéristique de la psychologie des foules. Je pense plutôt qu'il s'y substitue. Dans l'exemple de son psychodrame, les cothérapeutes ont beaucoup cherché à conflictualiser en incarnant régulièrement une instance surmoïque classique à laquelle il n'est pas sûr qu'il ait accès.

M. Aisenstein a souligné le rôle d'activateur du fantasme de scène primitive du psychodrame et j'ai souligné son action sur le fantasme de séduction de l'enfant par l'adulte par de multiples voies. Je n'en évoquerais qu'une, celle de l'interprétation d'un rôle par un cothérapeute dont le premier réflexe est de débusquer le sexuel. Là encore, je pense qu'il y a quelque chose d'inéluctable au psychodrame. Même si la prudence prévaut, les thérapeutes jouent forcément double jeu et sont forcément dans le double sens et la bisexualité.

Il est banal de dire qu'une forme de séduction circule inévitablement au psychodrame, mais il faudrait ajouter qu'elle exacerbe le fantasme de séduction par l'adulte, cet adulte

qui interprète des propos innocents, des jeux d'enfants, pour y trouver de la sexualité d'adulte. Or, l'organisation mentale de certains patients ne résiste pas lorsque la pensée de liens sexuels est trop porteuse de risque de destruction. Lorsqu'il ne leur reste comme échappatoire que la déliaison de l'activité représentative, par l'isolation ou la répression par exemple, le psychodrame risque de leur couper ces derniers procédés défensifs et les laisser démunis.

La menace de castration me semble également inhérente aux messages délivrés par les thérapeutes dans le jeu. Cette menace est aussi une conséquence du plaisir de l'équipe du psychodrame à jouer. Les mécanismes communs à l'auto-érotisme et à l'interprétation décrits par D. Braunschweig et M. Fain sont tout aussi présents au psychodrame que dans la cure classique, et peut-être même plus encore. Je veux dire que ce plaisir érotique trouvé par les thérapeutes dans le jeu suscite chez eux un contre-transfert se manifestant défensivement par une tendance à vouloir en effacer les traces aux yeux du patient. La pratique de la scansion par le meneur fait également peser de façon permanente une menace de castration, utilisable de façon intéressante pour le processus analytique avec des névrosés, mais plus traumatisante avec les patients mal mentalisés.

Il y a donc des différences entre l'activité de liaison du psychodrame et l'activité de liaison du thérapeute accompagnant son

LA PSYCHOSOMATIQUE CONTEMPORAINE

dossier coordonné par le Pr Dominique Cupa

1^{ère} PARTIE parue dans le n°126 / mai 2008

DOMINIQUE CUPA

LA COMPLEXITÉ PSYCHOSOMATIQUE

MARILIA AISENSTEIN

TRAVAIL PSYCHANALYTIQUE ET MALADIE GRAVE

MARIE-CLAIRE CÉLÉRIER

PERSPECTIVES ACTUELLES DE LA PSYCHOSOMATIQUE

CHRISTOPHE DEJOURS

PSYCHOSOMATIQUE ET TROISIÈME TOPIQUE

MARIE-FRÉDÉRIQUE BACQUÉ

NOUVELLES APPROCHES DES RELATIONS ENTRE SEXUALITÉ ET CANCER ?

GÉRARD PIRLOT

APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DES ADDICTIONS

patient somatique sur un mode maternel, selon la technique préconisée par P. Marty. Le psychodrame crée des liens, mais en prise directe avec le conflit oedipien et le complexe de castration. La visée de déconstruction de l'édifice névrotique y est au premier plan *via* les interprétations qui fusent de tous côtés. A celles qui sont données par le meneur, s'ajoutent les interventions des cothérapeutes qui ont souvent valeur d'interprétations psychanalytiques classiques.

Cependant, je crois que l'écart entre le psychodrame et la fonction maternelle du thérapeute n'est pas aussi grand qu'il n'y paraît. C'est parce qu'à mon avis, la fonction maternelle n'est pas aussi innocente qu'on veut bien le croire, en ce sens qu'elle aussi ne crée pas de liaisons débarrassées de toute pulsionnalité. Lorsqu'on parle de fonction maternelle, on ne peut pas faire l'impasse sur le désir de la mère. Ni chez une mère et son nourrisson, ni à propos de la fonction maternelle du thérapeute avec un patient. Elle n'existe pas sans père, sans tiers, sans traces de la scène primitive dont elle est issue, sans partage psychique conflictuel entre investissements de mère et investissements de femme. Elle n'existe pas, sans articulation avec la censure de l'amante.

Lorsqu'un thérapeute, se donne comme modèle de fonctionnement psychique en proposant ses propres associations sur le matériel du patient, il n'est pas sans désir de séduire, et il montre également qu'il est séduit par lui. Il est porteur d'une menace de castration pour son patient et se montre lui-aussi châtré en exhibant son incapacité à tout comprendre et à tout savoir. Autrement dit, même s'il a de bonnes capacités d'empathie, l'identification hystérique ne disparaît pas pour autant chez lui.

Pour conclure cette réflexion sur les difficultés du psychodrame avec les patients risquant une désorganisation somatique, je dirais qu'un psychodrame prudent mais lucide vaut certainement parfois mieux qu'un accompagnement individuel de type maternel "imprudent", c'est-à-dire ignorant la conflictualité qu'il véhicule.

Gérard Szwec
Psychanalyste, S.P.P.

Psychanalyse en néphrologie

DOMINIQUE CUPA

MARIE-LAURE GOURDON

HÉLÈNE RIAZUELO

CÉCILE CAUSERET

Les patients insuffisants rénaux terminaux souffrent d'une maladie chronique et mortelle que révèle la perte d'un organe vital : le rein. Comme alternative ils n'ont pour choix que la dialyse, la greffe ou la mort. Ainsi, les patients que nous rencontrons à l'hôpital y viennent non pas pour guérir, mais parce que les médecins leur proposent de reculer les limites de la mort les maintenant artificiellement en vie, grâce à des techniques avancées. Les patients se trouvent alors, par là même, dans la situation de survivants, voire de morts-vivants et certains parmi eux présentent des états traumatiques extrêmes, soit épisodiquement, soit chroniquement. Le Moi de ces patients se dévoile dans sa pluralité, ses fragilités et stratifications. Les enveloppes corporelles se font évanescences, fluctuantes, prises dans la houle de la maladie et des soins, menaçant de "déconstruire" l'illusion de la consistance identitaire.

La greffe, lorsqu'elle est prescrite, ouvre sur l'espoir et les chimères de la *restitutio ad integrum* grâce à un "don d'organe" qui en appelle à l'humanité d'un tiers. La technomédecine moderne ne se pratique pas uniquement en colloque singulier, elle se joue en un drame collectif ayant pour acteurs le chirurgien qui autorise le don, le donneur mort et sa famille éplorée ou le donneur vivant et ses angoisses. Entre receveurs et donneurs, la vie et la mort se partagent, la vie se connecte à la mort et l'incommunicable communique. La greffe est fantasmée comme "ce qui remet à neuf", comme "une re-naissance", ce qui, enfin, guérit le corps, dés-endeuille la psyché et défait de l'emprise de la dépendance des soins. Elle est redoutée dans un effroi à la hauteur de l'idéalisation.

Nous avons aussi à faire un travail avec des patients mourants après une longue vie de maladie chronique, à la suite des complications qui peuvent survenir lors de ces lourds traitements. Chez tous ces patients le

transfert sur le “corps médical” porteur de la toute-puissance du démiurge se fait surtout sur un mode idéalisant, voire passionnel. L’amour et la haine se partagent le champ, la cruauté est à la hauteur du désir de vivre, les passages à l’acte manifestent la saturation des angoisses de mort et la désolation dépressive, le désir de se libérer face aux contraintes médicales et le poids de la dépendance à l’égard des équipes. Quant aux équipes médicales et soignantes, elles sont confrontées aux investissements très lourds de ces patients, lourds de demande et de la rage associée à la dépendance. Mais aussi ces médecins, infirmières et autres personnels sont lourds du poids des échecs et de leur impuissance face à une maladie qui ne guérit pas, de la présence de *Thanatos* qui rôde et recouvre de son ombre en permanence les services entraînant avec elle la violence d’images de corps qui se cadavérisent, la chronicité qui n’arrête pas de s’imposer infligeant un deuil sans fin.

Comme cela a été souligné dans l’introduction du *Carnet Psy* n°126 / mai 2008 (1^{ère} partie de ce dossier), il ne s’agit pas dans le champ de la psychosomatique de castration symbolique ou de mort symbolique mais de castration réelle, de mort réelle. Ce qu’écrit J. Cain semble très juste : “Nous sommes toujours à l’aise dans la névrose car dans le voyage à deux de l’analyse, nous sommes dans la même wagon. Même si la mort est envisagée, il s’agit toujours de mort symbolique, dont nous savons qu’elle est un leurre et que nous survivrons sur ce plan par notre nom, nos objets, notre souvenir. D’une certaine façon, accepter la mort symbolique c’est refuser la mort réelle dont le propre est qu’on ne peut qu’en parler, c’est-à-dire la nier par le processus même qui la fait passer dans le discours.”¹

Des équipes médicales et soignantes ont demandé l’aide des “psys” et après un certain temps les directions d’hôpitaux et les pouvoirs publics les ont entendues. Ainsi repère-t-on maintenant dans de nombreux services de médecine, des psychologues, la présence ponctuelle d’un psychiatre, parfois de psychanalystes et beaucoup plus rarement d’un véritable service de soins psychiques. C’est pourtant notre cas. Nous allons relater notre travail dans l’Unité de Psycho-Néphrologie.

Une Unité de Psycho-Néphrologie. Travail du “psy” avec les équipes

Accepter de travailler dans des services “d’organicistes” n’implique pas, bien au contraire, que nous partagions les mêmes théorisations que les équipes de néphrologues, transplantateurs, etc., sur les jeux subtils de l’organisation somato-psychique. La dénomination de notre Unité n’est d’ailleurs pas bonne, nous aurions préféré “Unité de Psychosomatique”.

Quoique l’on puisse dire, les médecins “non-psys” s’intéressent aux éprouvés de leurs patients, à leur bien-être, à l’individu pris dans une histoire et la présence de “psys” confirme leur intérêt pour le psychologique. Le travail avec des équipes médicales et infirmières ne se fait pas sans difficultés qui tiennent à trois grandes raisons. Premièrement, le “psy” a peu d’efficacité immédiate, et se faisant il n’accroît ni l’efficacité médicale, ni le pouvoir médical. Deuxièmement, le “psy” prétend qu’il existe des pulsions, des désirs en nous, un Inconscient qui nous gouverne. Troisièmement, pour le “psy”, le corps du patient est un corps érogène qui souffre et éprouve du plaisir et n’est pas régi uniquement par des faits biologiques, anatomiques, physiologiques.

Travailler avec ces équipes, lorsque l’on est psychanalyste nécessite de montrer d’abord que nous sommes psychanalystes et non pas que nous faisons de la psychanalyse, il nécessite un véritable engagement, la psychanalyse ici, peut-être plus qu’ailleurs, ne se pratique pas du bout des doigts. Il nous faut alors préciser un cadre, le nôtre, afin qu’il soit clairement reconnu. C’est le cadre de la cure-type qui sert de modèle. Il conduit à observer une attitude neutre et bienveillante ainsi qu’une attitude abstinentes dans l’ensemble de la vie institutionnelle ce qui n’est pas simple car nous sommes privées d’un certain nombre d’échanges affectifs et de rituels dont l’importance est grande dans ces services. Ainsi par exemple, nous ne faisons que passer et ne restons pas lors des fêtes bien connues dans ces services. Celles-ci permettent que se tissent des liens qui rechargent libidinalement et intriquent pulsion de vie et de mort, fêtes dont la valence maniaque autorise, pour un moment au moins, le déni des deuils trop

lourds. Ou encore, nous restons hors des jeux de pouvoir dans lesquels les plaisirs phalliques ouvrent aux ressourcements narcissiques. Notre retrait permet que s'instaure un espace à part où se noue une alliance de travail spécifique dans laquelle un certain plaisir de travailler au sujet de patients et sur soi-même se partage, où nous avons une liberté d'intervention plus facile du fait de la distance maintenue et où peut circuler une parole où l'inconscient, le pulsionnel, l'autre avec son histoire ont une place. L'écoute des patients par les somaticiens et les "psys", écoute plurielle, espace de co-pensées et de co-contruction, permet que dans et par le travail élaboratif en commun soit rendu aux patients ses différentes facettes, souffrances et douleurs et qu'en particulier, ne s'instaure pas un clivage corps/psyché dont on connaît les effets délabrants. Le désir engagé de part et d'autre est centré sur le savoir : en savoir plus sur le patient, sa maladie, ses souffrances, sur sa mort et par conséquent sur soi-même. Désir de savoir qui nous pousse aussi à faire des recherches qui permet de ne pas trop nous décourager, l'espace de recherche étant un autre espace de reprise, de dégagement.

Le travail avec les médecins et les soignants s'organise selon plusieurs modalités. D'une part, nous participons à tous les staffs médicaux lors desquels sont évoqués les patients et nous y apportons notre contribution tentant de lier ce qui nous est rapporté avec nos propres élaborations et en montrant les ressemblances et les différences. Il nous paraît aussi important de faire admettre que chacun peut être dépositaire d'un discours différent du patient, d'une partie différente de celui-ci. D'autre part, nous cultivons le "glandouillage" à certains moments de la journée. Cela consiste à rester "traîner" auprès des médecins et personnels soignants dans l'attente incertaine d'une souffrance qui pourra s'exprimer dans un contexte plus intime, permettant une rencontre plus singulière, duelle. Si nous travaillons sur les demandes concernant les patients, en particulier une analyse des contres-attitudes, nous ne le faisons pas lorsque cela concerne des demandes personnelles que nous adressons systématiquement, après une écoute longue et attentive, à des collègues extérieurs à l'institution. Enfin, nous animons un "groupe de parole" en partant de l'analyse

de cas de patients que nous présentons. Chacun peut alors à la fois évoquer sa compréhension et ses propres ressentis à l'égard du patient.

La reconnaissance de ce travail commun, le nombre important de patients, plus de quatre cents environ actuellement ont conduit à un projet de service de soins psychiques : l'Unité de Psycho-Néphrologie qui lors de la restructuration demandée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation a été acceptée. L'Unité comprend actuellement cinq psychologues psychanalystes (ou en voie de devenir psychanalystes). Elle propose des prises en charge psychanalytiques des patients, des membres de leur famille plus particulièrement pour les enfants. Chaque demande est travaillée en équipe et ensemble nous élaborons tous les projets de prises en charge. Nous assurons donc aussi un espace de co-pensées pour les équipes médicales et soignantes. De plus nous avons la charge d'articuler certains services de l'hôpital avec les réseaux de soins. Pour les membres de l'Unité, celle-ci fonctionne comme un pôle de recharge libinale et de régulation des désirs agressifs, comme une enveloppe contenant des éprouvés, en particulier les angoisses de castration ; elle maintient dans la mesure où ce travail élaboré ensemble permet de tenir le coup dans cet univers de morts annoncées.

Prise en charge des malades

Prendre en charge ces malades exige bien souvent de les écouter sans pour autant qu'un désir de changement ne soit là, mais parce que la douleur psychique est délabrante, parce que la psyché est mourante. Il faut les écouter presque malgré eux, écouter l'inaudible, et entendre des vérités aussitôt déniées car trop abrasantes. Notre tâche consiste d'abord à les réanimer psychiquement afin de les aider parfois à vivre leur mort, à les faire sortir de la "neutralisation énergétique" ² dont parle R. Roussillon. De l'écoute proposée peut émerger une activité interprétative chez ces sujets qui s'interrogent sur leur souffrance, leurs désirs, leur histoire, ce qui conduit à une dynamique auto-transformatrice soutenue par le transfert, lui-même transformateur. Le travail thérapeutique avec eux exige de tenir d'emblée ensemble deux lignes de force : celle de l'oedipe et ses aléas comme processus inté-

gratit et celle des traumatismes réels avec leurs états de détresse et leur processualité désintégrative. Contre-transférentiellement, dans ces moments-là, nous percevons ces patients plutôt comme des nourrissons malades dans “une carcasse d’adulte”. Ils semblent rechercher plus que d’autres, à cause de leur état de détresse, l’objet de tendresse pour une de ses principales qualités : la continuité d’être, le transfert tendre pouvant se manifester là, sous une forme passionnelle, captative dans lequel les aspects négatifs ne sont pas négligeables. La réflexion de M. de M’Uzan sur “le travail du trépas”³ a été très éclairante pour nous. Dans cet article, il décrit combien les proches peuvent souvent faire défection en raison du travail de deuil qu’ils doivent entreprendre, tandis que chez le patient se développe une appétence relationnelle, une expansion libidinale et une relation transférentielle intenses. Dans de nombreux cas nous avons pu repérer ces mouvements chez nos patients gravement atteints. L’important étant d’être capable de nous exposer, sans angoisse excessive, au large mouvement capitatif qui tend à nous envelopper.

Une certaine subjectivation

En général, lorsque ces patients formulent une demande c’est pour une résolution ponctuelle de leurs difficultés. Si le cadre de notre travail avec eux est garant de certaines règles à admettre, cadre de l’angle oedipien ayant une valeur symbolique, il apparaît surtout ici dans sa valeur de contenance et de continuité qui façonne la vie psychique, il se comprend dans son aspect maternel de tendresse. J. Bleger a insisté sur la fonction d’étayage du cadre comparable dans son aspect symbiotique à ce qui se passe entre une mère et son bébé. Le cadre est un creuset pour l’image du corps, il donne force à l’intériorité psychique. Sur fond de continuité, de disponibilité, en supportant l’agressivité que ces patients déploient à notre égard lorsqu’ils peuvent avec nous s’autoriser à se déprendre fantasmatiquement de l’emprise médicale, de la dépendance absolue dans lesquelles ils sont dans la réalité, nous arrivons à leur donner des limites plus fiables, un dedans plus à eux. A travers cela, ils retrouvent un corps qui peut encourir les risques du plaisir sans pour autant en mourir. La parole et l’écoute sont porteuses d’un sens, pas uniquement d’un

contenu, elles portent parce qu’elles apaisent, enveloppent, protègent.

Notre présence permet que s’amorce un processus de subjectivation nous constituant comme dépositaires de l’horreur liée aux craintes de la mort et des douleurs liées à la maladie et aux soins. Ce qui nous est demandé est de pouvoir entendre sans être rejetantes par les peurs et douleurs induites en nous. De notre côté nous devons nous laisser approcher à bonne distance en étant ni trop protectrices, ni trop vulnérables, permettant ainsi que s’établisse une confiance en la solidité de l’autre et en soi-même. Le travail du “psy”, et plus précisément psychanalytique auprès des patients, s’appuie sur certains types d’interventions dont quelques-uns ont été bien mis en évidence par B. Brusset (1998). Il paraît central que nous intervenions :

- de façon à témoigner d’une écoute au-delà et en deçà de ce qui est effectivement dit par le patient prenant acte de ce qu’il veut dire avant d’analyser ce qu’il dit sans le vouloir ;
- en proposant des formulations qui ouvrent de nouvelles dimensions de sens ;
- en mettant en correspondance les émotions et des images proposées par le patient lui permettant ainsi de créer de nouveaux liens ;
- en témoignant de notre attention, de notre mémoire, de notre souci de compréhension de l’expérience du patient, en particulier de sa souffrance et de ses craintes de la mort.

Le processus qui s’engage permet alors que le patient, au-delà de ses souffrances, arrive à éprouver un certain plaisir, à s’intéresser à son propre fonctionnement psychique et à retrouver sa propre histoire. Ainsi pouvons-nous commencer à redonner et rétablir une meilleure homéostasie narcissique chez ces patients, et faire en sorte que la blessure narcissique que constitue la maladie soit moins hémorragique. Les événements dépressifs pourront s’atténuer et permettront une reprise de l’activité et un rapport à la passivité moins angoissant, moins pris dans la dépendance traumatique aux soins. Les relations interpersonnelles deviendront plus souples, l’agressivité et les conflits seront ressentis comme moins désastreux. Le vécu des soins sera moins persécutif malgré sa dimension aliénante. La pensée se libèrera, plus créatrice, moins entravée par

la lutte anxieuse face aux pertes et au risque de mourir. Le patient se réappropriera, dans l'écoute empathique de son intimité et ce qu'elle a de plus inédit, son histoire et son corps, son destin devenant alors moins menaçant.

Entre affect et langage

Chez ces patients nous travaillons dans et avec le langage comme avec tous nos patients. Mais bien souvent nous travaillons avec les affects⁴ et parfois uniquement avec eux, affects d'angoisse, dépressifs, douleurs sourdes ou aiguës. Ces affects ressentis et donnés à ressentir prennent place dans les éprouvés contre-transférentiels à la fois comme répétitions de traces anciennes réactivées et comme témoins du transféré, d'une douleur acceptable/inacceptable pour nous. Nous sommes là, dans ces moments particuliers pris comme porte-corps et porte-parole d'affects qui doivent trouver leur place dans l'espace thérapeutique que nous proposons.

Nous travaillons en "accordage affectif" pour reprendre le terme de D. Stern⁵. Notre attitude intérieure se fait écoute du mouvement, du rythme, du tempo, de la couleur de la voix. Sur le fond mouvant de nos éprouvés, la sonorité de notre voix, notre ton, la scansion de nos paroles, la qualité de nos silences, la tension ou l'affaissement de notre écoute organisent le cadre analytique dans sa dimension de sensorialité. Le langage étant de moins en moins organisateur de l'échange, au transfert dans et par l'appareil de langage se substitue de plus en plus une autre forme de transfert : le transfert dans et par les interactions affectives et comportementales, un transfert sur l'objet de tendresse. Mais si le thérapeute est un objet parexcitant contenant les mouvements pulsionnels qui peuvent être débordants, il est aussi un objet d'excitation par sa présence, incitant à associer, à penser, à trouver du sens.

Cette écoute qui se soutient du langage mais en est aussi désancrée, constitue cependant un véritable processus de transformation dans lequel s'opère un transfert du passé, une mise en sens qui a pour particularité de mettre en avant un sens éprouvé, agi et à peine dit. Le vécu à deux de mêmes affects conforte le sentiment d'être du patient et consolide son narcissisme. Si le travail d'accordage affectif nécessite une écoute des

affects de l'autre et de nous-mêmes dans une sensibilité particulière à la présence du corps de l'autre et de son propre corps, si les mouvements, les tensions, les modifications qui apparaissent sont perçus renseignant sur certains états, ils sont aussi accompagnés de représentations et de fantasmes permettant d'inscrire notre travail dans le réseau associatif de la séance.

Pour finir, soulignons que l'utilisation de nos éprouvés affectifs avec nos patients dans un jeu de co-éprouvés de co-perceptions, comme production contre-transférentielle, est toujours nécessairement jumelée à notre neutralité. Ce travail est possible parce qu'une partie de nous-mêmes participe à la relation transféro-contre-transférentielle et une autre partie observe l'autre partie de nous-mêmes grâce à nos connaissances spécifiques de l'analyse, nos outils techniques et notre investissement affectif sublimé du patient. A. Green propose cette magnifique description du travail du psychanalyste : "En outre, l'analyste n'entend pas seulement avec son oreille -fût-ce la troisième-, mais avec son corps tout entier. Il est sensible non seulement aux paroles, mais aussi aux intonations de la voix, aux suspensions du récit, aux silences et à toute l'expression émotionnelle du patient. Sans la dimension de l'affect, l'analyse est une entreprise vaine et stérile. Sans le partage avec les émotions du patient, l'analyste n'est qu'un robot-interprète qui ferait mieux de changer de métier avant qu'il ne soit trop tard."⁶

Dominique Cupa

Professeur à l'Université Paris X-Nanterre
Laboratoire de psychopathologie
psychanalytique des Atteintes
Somatiques et identitaires - LASI
Chef du Service de Psycho-néphrologie
AURA-Paris,
Psychanalyste, SPP

Marie-Laure Gourdon, Hélène Riazuelo

Cécile Causeret
Service de Psycho-néphrologie
AURA-Paris,

Notes

- 1- J. Cain (1990), *Le Champ psychanalytique*, Paris, Puf.
- 2- R. Roussillon (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, Puf, p.26.
- 3- M. de M'Uzan, (1972), *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, 1977.
- 4- Ce qu'a constaté aussi C. Parat qui parle d' "affects partagés". Voir "L'ordinaire du psychosomatique", *Rev. de med. Psychosom*, 3, 1993.
- 5- D. Stern, (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, Puf.
- 6- A. Green (1971), *La Déliaison*, Paris, Les Belles Lettres, 1992, p. 46.

La consultation de gastro-pédiatrie psychosomatique

Une affaire de traduction et de collaboration

NATHALIE BOIGE

SYLVAIN MISSONNIER

Il y a trente ans Léon Kreisler a fondé le champ de la psychosomatique pédiatrique avec M. Soulé et M. Fain, à partir de son expérience de pédiatre et des concepts de l'école de psychosomatique de Paris de P. Marty. Fait notable, il a continué à exercer comme pédiatre durant toute sa carrière. Citons sa définition *princeps* de la psychosomatique : "Une conception doctrinale et pathogénique qui accepte et inclut les facteurs psychiques et conflictuels dans le déterminisme ou le développement des maladies physiques." Il a ailleurs affirmé qu'il n'existe pas chez le bébé de maladie qui ne soit pas psychosomatique. Malgré l'originalité novatrice de ces apports montrant l'importance et la richesse de cette compréhension des maladies, les pédiatres restent aujourd'hui très résistants à la psychosomatique, alors qu'ils sont confrontés quotidiennement aux limites d'un abord monodisciplinaire.

Sans sous-estimer les qualités humaines de nombreux pédiatres, diverses raisons peuvent être évoquées à ce sujet : les modalités d'un enseignement médical scientiste et l'inertie des identifications universitaires initiales, la méfiance à l'égard d'une composante psychique rebelle à l'emprise déterministe, la croyance défensive en une césure psyché/*soma*, la peur de l'incompétence par manque de formation, et, enfin, la nature même de la vocation de pédiatre, bien souvent formation réactionnelle d'une "envie" déniée en direction de l'enfant sinon de l'infantile. Ces résistances sont particulièrement à l'oeuvre devant les troubles fonctionnels de l'*infans* qui sont notre champ d'action et de réflexion car ils résonnent électivement avec les soubassements les plus archaïques du professionnel et des membres de la famille.

Nous allons nous centrer ici sur l'expérience d'une consultation de gastroentérologie pédiatrique chez le bébé, que nous nommons résolument psychosomatique pour nous

situer explicitement dans la filiation de Léon Kreisler. Ce travail simultané sur le somatique et le psychique, a un double ancrage. D'une part, il s'appuie initialement sur l'apprentissage médical et pédiatrique, la connaissance de la physiologie digestive au travers de travaux antérieurs de recherche sur la motricité digestive, les neuropeptides et hormones digestifs. D'autre part, il continue d'évoluer au fil de l'expérience clinique en se nourrissant de l'investissement psychanalytique personnel du pédiatre, de ses lectures et de la collaboration le plus souvent indirecte avec des psychanalystes. C'est le refus du clivage *soma*/psyché du consultant pédiatre de première ligne qui constitue la spécificité de cet espace. Il se différencie des consultations de psychosomatique pratiquées par un psychanalyste à l'instar de celles de R. Debray ou G. Szewc à l'IPSO. Celles-ci ont été et sont encore des sources d'inspiration théorico-clinique essentielles pour nous mais elles se différencient des consultations de gastro-pédiatrie psychosomatiques car elles ont lieu en deuxième intention après le constat d'échec ou d'insuffisance de la pédiatrie "classique".

Il faut souligner la rareté actuelle de ce type de cadre qui tente d'inscrire l'approche psychosomatique au coeur du réseau de soin pédiatrique et non dans une institution spécialisée. Cette militance s'exprime sans utopie ! De fait, qui est mieux placé que le pédiatre psychosomaticien pour appréhender la force des résistances tant des collègues "somaticiens" que de nombreux "psychistes" ?

Le symptôme et le corps de l'enfant

Le creuset de la consultation est le symptôme et le corps de l'enfant. Le bébé et ses parents consultent pour un symptôme somatique, fonctionnel, parfois lésionnel ; en regard de l'aspect médical de la situation, l'ambiance est souvent dramatique : théâtre du corps, expression riche de la souffrance biopsychique du bébé, ou masque somatique devant la souffrance psychique ; souffrance psychique du bébé, de la dyade, d'un ou des parents, de la triade ou du groupe famille ?

Le symptôme du bébé est polysémique, et exige une compréhension plurielle, l'utilisation parallèle et superposée de plusieurs

grilles de lecture. On distingue une grille de lecture médicale, physique (sémiologie médicale infantile), une autre pour la lecture psychodynamique de l'enfant (sa "mosaïque première" (P. Marty), sa vie psychique naissante, sa relation d'objet, ses conflits et angoisses), une troisième de lecture parentale (structurale, interactive et g é n é r a t i o n n e l l e), et, enfin la grille de lecture de l'économie psychosomatique familiale. Le tramage de ces différents fils constitue ce que Léon Kreisler intitulait "l'anamnèse psychosomatique". Elle inclut les différentes facettes des modalités intersubjectives parents/bébé.

La richesse du tableau clinique témoigne de l'impressionnante générosité d'expression du bébé si l'on se donne le temps d'observer et d'associer. Aucun enfant n'a exactement la même présentation. Ils consultent pour des troubles digestifs fonctionnels (reflux gastro-oesophagien (RGO), coliques, troubles du sommeil et pleurs inexplicables), mais sur une définition médicale commune minimale et parfois floue, toutes les variantes sont possibles dans le scénario symptomatique médical et le contexte émotionnel infantile et parental. Dans le cas du RGO, un tel a des régurgitations très fréquentes survenant dès le début du repas et ne prend pas correctement de poids, l'autre semble tendu, angoissé, douloureux, a faim en permanence, s'alimente trop et régurgite avec une gêne ou une douleur manifestes, est trop gros, l'autre régurgite ou vomit violemment par les narines et fait craindre à ses parents des risques de suffocation et de malaise grave. Tel bébé a des coliques qui se calment (en général trois jours) si l'on change de lait, un autre a des crises de coliques et de tension abdominale avec impossibilité à émettre ses selles, le troisième se calme dans un kangourou, en landau, en voiture. Ils ont en commun un orage pulsionnel et une désorganisation que les parents ne peuvent contenir ou auquel ils répondent par l'angoisse, et dont la mise en scène est toujours unique. Cette conviction dans l'approche casuistique de la consultation est pour nous un axe organisateur essentiel.

Ces troubles traduisent les avatars de l'intégration psychosomatique du bébé (D.W. Winnicott) et confrontent les professionnels aux angoisses archaïques du bébé et des parents (angoisse de mort subite inexplic-

quée du nourrisson (MSIN) chez les bébés qui ont un reflux, ou de dénutrition, angoisse de vidange, de liquéfaction ou d'explosion chez les bébés coliques).

Le symptôme peut disparaître comme par magie sans intervention médicamenteuse ou diététique, ou s'aggraver d'un jour à l'autre lors de modification de l'environnement extérieur (parental) ou de maladie intercurrente, constituer déjà un déplacement d'un symptôme antérieur, évoluer vers la mobilisation et l'amélioration ou la réédition d'aggravations ou de déplacements.

"Mais un bébé, cela n'existe pas !"

Du côté du bébé, le symptôme est polyfactuel. Il s'inscrit sur une fragilité biologique, peut constituer un mécanisme de défense primitif, somatique, intra et intersubjectif, une projection, une expression ou une décharge d'excitation anxieuse.

Il n'est pas le symptôme du bébé seul mais de la dyade ou de la triade, avec une dimension relationnelle primaire ou secondaire liée à la réponse des parents au symptôme. Le climat interactif est souvent tendu, rapide et saccadé, dans la surstimulation anxieuse ou mécanique, plutôt que dans la carence. Il nous permet d'appréhender le degré de subjectivation du bébé ou l'existence d'une fusion plus ou moins mortifère, de percevoir des identifications projectives pathologiques aliénantes. Il peut sembler programmé, réédité de façon transgénérationnelle (par exemple le RGO qui était redouté par les parents se développe et s'aggrave jusqu'au malaise, ou apparaît dès les premiers jours de vie en maternité avec un malaise inaugural).

Du côté des parents, les maîtres mots sont la tension, l'angoisse, les mouvements agressifs inconscients sur fond de dépression périnatale, d'isolement affectif. Le symptôme met à l'épreuve ou en scène le degré de mentalisation des parents, un comportement opératoire ou une sidération post-traumatique, une dépression "blanche". Sur une base biologique, dépendant de l'inconscient maternel (P. Marty), le symptôme a un sens virtuel dans l'histoire du bébé, l'histoire interactive et celle des parents, qui peut se faire jour dans la rencontre. La

dyade ou triade pourrait être considérée comme une unité psychosomatique, le bébé venant exprimer avec son corps “à ses dépens” ce que les parents mentalisent mal (“l’exclusion somatique” de A. Green). Le symptôme peut être considéré comme un objet transitionnel “malléable” (C. Bollas) qui peut être façonné par l’un (le bébé) ou l’autre des protagonistes (mère ou parents), et utilisé ou non dans la communication. Le pédiatre utilise également le symptôme pour percevoir à travers sa présentation et sa description, le halo affectif et relationnel, la souffrance psychique individuelle des parents et du bébé et les aléas des interactions précoces.

La consultation : rythmes et traduction

Chaque consultation se développera selon un rythme singulier suivant la partition des rythmes croisés de ses acteurs, et cheminera plus ou moins avant dans le fonctionnement familial et individuel du bébé et des parents. C’est un abord de l’enfant dans sa globalité, et dans ses interactions avec le ou les parent(s) présent(s). La rencontre se déroule dans des mouvements souples d’allers et retours du somatique au psychique, du bébé aux parents et à leur histoire. L’accueil contenant, à un rythme un peu plus lent que celui du bébé et des parents, a déjà un effet d’apaisement et d’ouverture. On prend son temps et le rythme, au plus près du corps-psyché du bébé, on dialogue avec le bébé et son corps dans différents registres en situation d’interaction. On s’adresse successivement au bébé, aux parents et à son propre ressenti, on s’imprègne de l’atmosphère relationnelle, ce qui permet la rêverie et les associations en même temps que le décryptage physiologique.

Dans l’anamnèse psychosomatique (Kreislér), on part du symptôme et du biologique, qui est la demande des parents, la priorité de la consultation pédiatrique, préoccupation initiale nécessaire pour que quelque chose de la confiance s’instaure avec les parents. Parallèlement à cette anamnèse médicale, l’observation des interactions, de l’accès du bébé à la communication avec les parents, de ses réactions au discours parental module l’entretien en fonction de ce que l’on ressent et des intuitions qui émergent associativement. L’examen médical est un moment privilégié d’interactions

physiques et verbales avec le bébé sous le regard des parents où l’on observe sa consolabilité, où il peut mettre en scène ce que l’on percevait du récit des parents de la variabilité du symptôme physique. Tout au long de la consultation, le pédiatre met en jeu simultanément et dialectiquement une empathie primaire en direction du bébé et une empathie secondaire à l’égard des parents. L’empathie primaire correspond au co-senti et au langage d’action de l’enaction développé par S. Lebovici dans la consultations parents/bébé ; l’empathie secondaire correspond à la co-pensée via les identifications secondaires et les inférences décrites par D. Widlöcher dans la cure-type. La première est libre du clivage psyché/soma vis-à-vis du bébé et s’étaye sur une identification primitive au bébé, à son symptôme et ses relations, à son tempérament. La seconde se réfère aux identifications projectives parentales.

Le consultant est perméable et réceptif aux projections du bébé et des parents, sert de tiers, de lien externe et, *in fine*, dans le meilleur des cas, de traducteur contenant et détoxifiant proposant une “fonction alpha” des identifications projectives pathologiques croisées des bébés et des parents (Bion). La psychosomatique est un travail en famille, famille du bébé et “famille psychanalytique” du soignant (psychanalyste collaborateur, analyste personnel et superviseur). On propose une recherche partagée de sens avec les parents, une mise en histoire actuelle et générationnelle, une mise en mots et en récit (narrativité) où les racines archaïques des angoisses de l’*infans* et du bébé dans l’adulte sont explorées.

La boussole “contre-transférentielle” du gastro-pédiatre

Le noyau de cette consultation est le travail de réflexion du pédiatre sur son ressenti physique et psychique, en utilisant ce que cela mobilise de son infantile. Cela lui permet, grâce à la mise en lien avec ce qu’apportent les parents, la liberté d’une rêverie et d’une construction interprétative internes qui vont être fondamentales dans son effort thérapeutique, sans que cela soit forcément formulé (“l’interprétation virtuelle” de M. Aisenstein). Il y a pour le bébé un travail de traduction : mise en sensations, émotions, hypothèses, de ce qu’il exprime avec son corps (la fonction *alpha* du pédiatre qui sert

à penser le symptôme ?), évaluation de la situation : qu'en est-il respectivement des versants somatique et psychique de la souffrance, ce bébé est-il né psychiquement ? Où en est-il de sa subjectivation ? Quelle est sa partition dans la tension interactive, la place de son tempérament propre ? Ou est-il l'objet d'un fonctionnement parental opératoire et projectif aliénant ?

On propose aux parents une verbalisation à géométrie variable, selon l'ouverture possible et leur réceptivité : dans tous les cas on débute avec une mise au point médicale physiologique, en abordant de front les angoisses vitales, en explicitant les traitements utiles, nécessaires, inutiles. On évoque les origines multiples du symptôme, l'intrication psyché-soma, son ressenti sur le contenu affectif de la situation, ses hypothèses.

On donne place à la vie psychique du bébé, sa subjectivité. Cette narration co-construite avec le clinicien, permet aux parents une mise en mots des affects et angoisses et les autorise à penser et à exprimer l'impensable : angoisses de mort, mais aussi, colère, rage, déception, vœux infanticides. On donne à ces sentiments un droit à l'existence, à l'élaboration, à la mise en perspective avec les *traumas* anciens ou de la grossesse, pour accéder à une ambivalence tempérée tolérable. Parfois, on offre seulement une contenance, une attention, avec une retenue de mots et d'interprétation. Des paroles simples peuvent être interprétantes dans leur proposition ou avoir un effet mutatif : parler du bébé comme d'un sujet humain doué d'affects, d'émotions, de son corps libidinalisé, légitimer la souffrance, les difficultés des parents, les mouvements agressifs. Le travail initial sur le somatique sert de base de sécurité, de point d'ancrage auquel on reviendra en fin de consultation. Il permet d'accéder à un moment d'accordage rythmique et de partage émotionnel. Les parents sont souvent surpris, déroutés, mais dans les bons cas se crée une respiration, une ouverture, et le bébé est plus vivant psychiquement. On a restauré quelque chose de l'optimisme, de la pulsion de vie, de la compétence à donner la vie et rompu la réédiction mortifère.

La proposition d'une deuxième consultation assez proche, dont le délai peut être adapté le plus précisément possible par le

clinicien en fonction de ce qu'il a perçu de la souffrance et du risque d'angoisse d'abandon des parents et de l'enfant, constitue également un arrière-plan contenant et rassurant. On ne quitte jamais en pensée le symptôme et l'angoisse vitale qui est la demande de la consultation.

C'est un des éléments les plus riches de la collaboration entre gastro-pédiatre psychosomaticien et psychanalyste que de constater au fil des échanges la forte potentialité psychothérapique de ce type de consultation pédiatrique. Souvent celle-ci est suffisante pour faire céder le symptôme mais plus encore pour en rendre explicite la genèse chez l'enfant et sa famille. Ce schéma de la consultation pédiatrique psychosomatique tire son efficacité symbolique thérapeutique de son parallélisme avec l'épigenèse du foetus/*infans* où la conquête de l'espace psychique s'étaye sur le *soma*. S. Fraiberg a vu juste en positionnant les mécanismes de défenses psychiques de l'*infans* dans une étroite continuité avec ses mécanismes de défenses somatiques initiaux.

L'orientation ponctuelle vers le psychanalyste

Ces troubles précoces du bébé surviennent à une période originaire, avant le langage, où le vital est au premier plan. Ils ont une importante aura d'organicité, résonnent avec les angoisses archaïques et les défenses communes des parents et des soignants du corps, en sorte que la composante psychologique est souvent mal acceptée, paraît incongrue. Il peut exister un véritable déni de la souffrance psychique du bébé qui est culpabilisante pour les parents, disqualifiante sur leur capacité à avoir un bébé heureux et bien portant, et réveille leurs propres souffrances infantiles. C'est pourquoi l'ouverture à la souffrance psychique du bébé ne peut être que très prudente et contenant en raison du risque de rupture.

Sa révélation, dans cette consultation, expose à la culpabilité et à l'affect dépressif maternels qui peuvent, l'une comme l'autre, constituer une forme de résistance et d'omnipotence qui bloque toute ouverture et tout changement. De même l'angoisse de mort pour soi et pour l'autre, l'angoisse de la mère de sa propre destructivité et de son incompétence peuvent empêcher toute mobilisation et confiner dans le somatique.

Parfois les défenses parentales sont rigides et le scientisme entraîne la fermeture. Ces caractéristiques font de ces situations des indications privilégiées de travail indirect entre pédiatre et psychanalyste. Cependant, certains dysfonctionnements à risque justifient pour le bébé l'envoi de la famille en consultation psychothérapique. C'est le cas lorsque la dépression maternelle doit être prise en charge *per se* et met en péril le développement du bébé, ou en présence d'une mère *border-line*. Parfois la situation paraît totalement énigmatique, les défenses parentales ne permettent aucune mise en sens. Un fonctionnement psychosomatique peut être installé dans la réédition avec des déplacements successifs des symptômes et des maladies. Ces situations requièrent un abord différencié du registre de départ, dans un cadre différent avec d'autres compétences. Il s'agit alors d'un travail de partage et de passage.

Les modalités de l'envoi

Elles sont particulières du fait que la demande initiale est enracinée dans le problème somatique du bébé et adressée à un gastro-pédiatre, et nécessitent de la part du pédiatre une négociation pleine de tact, au cas par cas. Différer la demande d'orientation psychothérapique des parents chez un bébé en pleine maturation peut certes faire perdre un temps précieux et aller contre le traitement de l'enfant, mais provoquer imprudemment la réticence des parents compromettra largement le succès de la prise en charge psychothérapique. Tout l'art du pédiatre est de proposer et d'argumenter au bon rythme cette orientation. L'envoi doit donc s'appuyer sur des arguments tirés de l'analyse de la situation, (sur une synthèse des données organiques et psychologiques recueillies lors des premières consultations) énoncée en présence des parents.

Les modalités de la collaboration

L'orientation vers le psychanalyste n'est pas un lâchage. Le travail du gastro-pédiatre se poursuit conjointement. Il s'agit d'une collaboration personnalisée. Le psychanalyste est connu, présenté explicitement aux parents. Il est informé de l'envoi du patient (par courrier ou directement de vive voix). Cette collaboration repose sur des échanges réguliers, des allers et retours de l'information. Ce partage nécessite un temps de

réunion et de parole régulier. Notre expérience commune de collaboration directe et indirecte avec les familles plaide en faveur d'une synergie ponctuelle diagnostique et thérapeutique. Chaque co-thérapeute apporte alors dans l'échange son bagage et son expérience spécifique : la rencontre et la défense de l'originalité de chacun est la meilleure garantie pour lutter contre le clivage entre les thérapeutes du corps et ceux de la psyché. Chemin faisant, cette bipolarité révèle une souplesse qui permet aux familles d'exprimer leurs variations d'investissement dans chaque discipline et chaque personne et d'en jouer tout au long de notre suivi.

La formation continue du pédiatre

Il est sensible qu'au fil de la collaboration et de l'apprentissage mutuel avec le psychanalyste, le pédiatre a une acuité accrue face à l'énigmatique familial, et peut tenir plus souvent en équilibre seul sur la ligne de crête psychosomatique. Au final, le tissage des liens entre symptômes et affects du bébé, parents et bébé, consultant et famille, pédiatre et psychanalyste, médecine et psychanalyse met en relief les enjeux intersubjectifs des relations humaines. L'originalité de la consultation pédiatrique psychosomatique est d'accorder une place centrale à cette intersubjectivité, condition de la naissance psychique du bébé.

Nathalie Boige

Gastro-pédiatre, Hôpital privé d'Antony,
Hôpital Robert Debré, Paris
<nboige@club-internet.fr>

Sylvain Missonnier

Maître de conférences en psychologie
Université Paris X-Nanterre
Psychanalyste
(Institut de Psychanalyse de Paris, SPP)
<syl@carnetpsy.com>

Bibliographie

- Kreisler L., Fain M., Soulé M., (1974). *L'enfant et son corps*, Paris, Puf.
Missonnier S., Boige N., (1999). "Je reflue donc je suis, Vers une approche psychosomatique du reflux gastro-oesophagien du nourrisson". *Devenir*, vol.11, n°3, 51-84.
Missonnier S., (2004). "L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé". *Revue Française de Psychanalyse*, n°3, 177-194.
Aisenstein M., (2008), Contre la notion de psychothérapie psychanalytique In Widlöcher D., *Psychanalyse et Psychothérapie*, Erès.

La stérilité féminine peut-elle être considérée comme une affection psychosomatique ?

SYLVIE FAURE-PRAGIER

Devenir mère suppose pour une femme la conjonction heureuse de différents paramètres. Certes le corps peut empêcher la conception mais le psychisme joue parfois aussi un rôle majeur. Qu'elles soient causes ou effets du diagnostic de stérilité, des perturbations psychiques peuvent justifier une psychothérapie. Peut-on pour autant considérer qu'il s'agisse d'une affection psychosomatique ? Dans certains cas, la stérilité féminine a été qualifiée, de psychogène. Est-ce justifié ? Et lorsque des lésions existent, seraient-elles exclusivement organiques ? Si le psychisme ne joue alors aucun rôle dans une infécondité, est-il opportun de la dénommer psychosomatique ?

Quelles patientes adresser à un analyste et pour quelle prise en charge ? Travaillant à l'hôpital Necker avec des personnes souffrant de ces désordres, il m'est vite apparu que les patientes porteuses de lésions graves avaient le même type de conflits inconscients que les autres consultantes, celles dont le médecin disait : "elles n'ont rien, c'est psychique !" Aussi le concept de stérilité psychogène n'est-il plus pertinent.

En finir avec le concept de stérilité psychogène. Illustrations cliniques

L'importance des facteurs psychiques a toujours été prise en compte par les médecins qui avaient obtenu des grossesses par des "verdicts" souvent contradictoires du type : "renoncez, il n'y a aucune chance de succès" ou sur le mode de la suggestion : "vous serez enceinte, maintenant".

C'est cependant la procréation médicalement assistée qui a "créé" le concept de stérilité psychogène. Ce grand progrès incita les services hospitaliers à demander aux psychanalystes de participer à leurs travaux. La découverte des causes organiques d'infécondité a donc conduit à repérer, par défaut, des stérilités inexplicables physiologiquement, qualifiées alors de psychogènes.

De telles stérilités existent parfois. La cause est manifestement un traumatisme psychique violent. Evoquons les deuils, la naissance d'un enfant mort ou anormal, les avortements ou d'autres situations dramatiques, qui peuvent entraîner des infécondités. Cependant conserver ce concept de stérilité psychogène conduit à une impasse. Cette définition du psychique par l'absence d'organicité n'a guère de consistance. Une stérilité serait psychique parce qu'il n'y aurait pas de lésions. Le psychisme deviendrait ainsi une "poubelle" où jeter les stérilités "sans cause". Ce serait une pathologie spécifique alors qu'il s'agit d'une dimension psychique présente dans toutes les stérilités

L'absence de cause organique est une définition par défaut méconnaissant la nature forcément psychosomatique de la reproduction. Comment le psychisme, s'il agit, pourrait-il se passer du corps comme intermédiaire ? Pourquoi la présence d'une anomalie du fonctionnement endocrinien, de l'ovulation ou de la perméabilité des trompes, affirmant l'organicité, excluraient-elles une causalité psychique ? D'une manière générale, mais plus spécifiquement en ce qui concerne l'acte reproductif, l'enchevêtrement du psychisme et du physiologique paraît la règle.

Un trouble psychique peut provoquer une castration réelle. Ainsi, Bernadette avait toujours refusé d'avoir un enfant. Mariée depuis 20 ans, ayant pris confiance en la solidité de son couple, elle se laissa persuader par son médecin et par son mari de devenir mère "pour ne pas le regretter quand il serait trop tard". Enceinte dès l'arrêt de la contraception, elle me consulta vers le 6^e mois pour des angoisses dépressives et la crainte de perdre toute autonomie avec la maternité. Elle me téléphona le lendemain de la naissance d'une petite fille : "Tout s'est très bien passé... Ah, il a fallu m'enlever l'utérus qui s'était retourné et saignait très fort". C'est là une complication rarissime qui se produit chez les multipares. Bernadette avait pensé pendant toute la durée de l'accouchement : "C'est merveilleux. Comment vais-je faire pour ne pas avoir envie d'un autre enfant". L'hystérectomie allait apporter cette certitude dans un passage par le corps particulièrement signifiant : "l'utérus n'a pas voulu

perdre le bébé, il est parti avec lui". Cette observation plus détaillée figure, avec beaucoup d'autres, dans mon livre *Les bébés de l'inconscient* (Puf, 2003). Elle montre combien le corps géniteur peut répondre au conflit psychique, venant ici le résoudre définitivement. Cette hystérectomie est-elle une réaction psychosomatique non spécifique qui a pris un sens dans l'après-coup où s'est reconstruit le désir de se débarrasser de l'utérus ? Je suis plutôt tentée, avec la patiente, de l'interpréter comme réponse somatique au conflit psychique préalable. Somatisation signifiante, elle conduirait à reconnaître une toute puissance terrifiante du désir sur le corps, menaçant la vie même.

D'une manière inverse, une grossesse - passage à l'acte - me surprend chez une femme stérile. Camille ne voulait pas d'enfant. Survenue dans l'intervalle entre le premier entretien et l'engagement dans la cure, elle constituait une "preuve" que sa stérilité était bien psychogène. Ne prenant aucune contraception, elle avait une vie sexuelle débordante. Dans ces conditions, la survenue "spontanée" de la grossesse chez une femme stérile jusque là, sans aucun désir conscient et aboutissant à l'avortement volontaire, plaide en faveur de la psychogenèse, tant de cette conception que de la stérilité antérieure.

Si une motion psychique peut produire soit une grossesse non désirée soit une lésion majeure, à l'opposé une anomalie organique entraîne généralement, avec la crainte de stérilité, la reviviscence de conflits psychiques. Dominique présentait une anomalie chromosomique héréditaire susceptible de provoquer une fausse couche dans 50% des cas. Elle avorta 6 fois sans provoquer d'inquiétude. La dernière conduisit à l'étude génétique de l'embryon. Apprenant que celui-ci était normal, la mère développa alors une inconception. Par ce terme j'ai proposé de désigner les aspects psychiques liés au fait physique de la stérilité. Des affects divers : dépression, honte, haine des femmes enceintes et hostilité envers la mère et l'analyste, purent être analysés avec succès en dépit de la persistance de l'atteinte organique qui n'empêcha pas une grossesse ultérieure.

La stérilité entre conversion et somatisation

Que se passe-t-il pour que le corps empêche la conception, évitant ainsi l'irruption d'affects trop violents ? Comment comprendre le symp-

tôme que représente la stérilité et le passionnant défi métapsychologique qu'il lance aux psychanalystes ?

La théorie hystérique du sens est, bien sûr la plus attrayante pour des psychanalystes. L'hypothèse hystérique est généralement pré-supposée, implicite, non remise en cause par ceux qui l'emploient. Elle rend compte de la spécificité particulière de la stérilité au sein des multiples formes de somatisation : c'est un symptôme qui résout directement le conflit puisque l'enfant en cause n'est effectivement pas conçu. Ce n'est pas le cas d'une grippe, d'un ulcère ou d'un infarctus dont les bénéfices ne peuvent être que secondaires. Ici, il s'agit d'un bénéfice primaire : la stérilité fonctionnerait alors comme symptôme de conversion, exprimant le compromis entre le désir et le refoulement. La culpabilité liée au surmoi en serait l'agent. C'est ce que l'on observe aussi dans des cas d'herpès vulvaires survenant dans des situations conflictuelles, par exemple une décision d'adultère qu'il vient empêcher.

Il est exceptionnel que l'on rencontre des structures hystériques dans lesquelles l'enfant désiré semble être l'enfant oedipien et où l'on peut supposer un mécanisme de conversion. Il faut remarquer qu'au sein des processus hystériques, ce serait un cas particulier qui ferait intervenir non plus le corps érotisé mais le corps réel. Ce n'est pas une mise en scène de fantasme, on ne peut imiter la stérilité qui dépend du système nerveux autonome et non de la sensorimotricité. Dans l'hystérie, il s'agit souvent de crainte de stérilité qui n'empêchera pas la conception, de phobies de la grossesse, de vomissements incoercibles. A-t-on le droit, dès lors, de rabattre le corps érotique sur le corps réel ? La stérilité serait-elle alors l'équivalent de la grossesse nerveuse ?

Sommes-nous fondés, dès lors, à proposer la compréhension de certaines stérilités par un processus analogue, liant l'infécondité au refoulement de la représentation ? Une hystérie psychosomatique serait à l'origine de manifestations comme la constipation, l'anorexie, l'impuissance, la frigidité, la stérilité psychogène. Celles-ci utiliseraient le corps pour traduire les inhibitions des pulsions. Cependant, le conflit oedipien manque, si bien que contrairement à mon attente initiale, ce n'est pas l'enfant du père qui ne peut être conçu dans la majorité des observations.

A l'inverse, la "causalité psychique" pourrait être responsable d'un symptôme non spécifique (absence de sens) dont l'infécondité ne serait qu'une expression aléatoire : c'est la théorie psychosomatique. Le conflit psychique lié au projet d'enfant provoquerait un déséquilibre de l'organisme entraînant une réponse pathologique de l'axe endocrinien, un spasme des trompes ou une altération immunologique. Le choix de l'organe se ferait pour des raisons physiologiques imprécises en rapport avec l'évolution progressive de la hiérarchie des automatismes. Dans une conception de la stérilité comme somatisation aspécifique, on se rapproche d'une théorie de la névrose d'angoisse, dans laquelle l'angoisse n'est pas consciente mais déchargée dans le corps.

La stérilité psychosomatique, dans la perspective de Pierre Marty (1980), pourrait s'expliquer par la régression et la désorganisation d'une névrose de caractère ou de comportement. En l'absence de capacités de mentalisation, ces patientes ont tendance à agir dans la réalité ou à décharger dans leur corps le surcroît d'excitation produit par un conflit lié à leur histoire. Cette description s'applique à beaucoup de femmes infécondes. Leur difficulté associative, la pauvreté des fantasmes et de "l'épaisseur du préconscient" conduisent à évoquer ce diagnostic. Mais ici les conditions de la rencontre avec le psychanalyste ne viennent-elles pas entraver les possibilités d'appréciation du fonctionnement mental ? Ces patientes sont en effet engagées dans une démarche médicale visant à obtenir à tout prix l'enfant manquant. L'entretien analytique fait volontiers figure d'accusation de leur psychisme, soupçonné de vouloir autre chose que ce qu'elles désirent consciemment. Ne se trouve-t-on pas là dans une situation opératoire dans laquelle la résistance à la relation avec l'analyste s'exprime aussi dans l'absence de demande ? Ce fonctionnement opératoire peut-être transitoire comme en témoigne l'étonnement manifesté par une collègue analyste en revoyant, pour un problème de stérilité, une patiente qui avait fait une longue analyse avec elle ; son riche fonctionnement psychique avait été entièrement abrasé par la situation d'inconception.

Dans cette hypothèse, la réponse par l'infécondité se trouve dépouillée de sa signification spécifique. L'illusion d'un sens serait alors une construction après coup, fabriquée par le psychanalyste ou par le patient lui-même, dans

un souci de maîtrise. Le modèle de cette conception de la stérilité pourrait être, si l'on accepte de changer de niveau, le nanisme hypophysaire, dit psychique, longtemps considéré comme intentionnel car il était renvoyé à un refus de grandir. On sait aujourd'hui qu'il est lié à la mauvaise qualité du sommeil paradoxal provoquée par une tension familiale excessive. Cette découverte est liée à l'observation fortuite de la croissance rapide de ces enfants lorsqu'ils sont hospitalisés. Puisque celle-ci survient très rapidement, dès les premières semaines, un conflit intra-psychique doit être éliminé. L'hypothèse intentionnelle d'autrefois, la crainte de devenir adulte et de se séparer de la mère, est donc infirmée en tant que mécanisme immédiat. Ce modèle nous invite à beaucoup de modestie dans nos hypothèses métapsychologiques.

Intentionnalité du symptôme

Le symptôme a-t-il un sens ou n'est-il qu'une réponse non spécifique de type psychosomatique, à moins qu'il ne fonctionne sur un troisième modèle ? A côté de ces deux conceptions extrêmes, sans doute faut-il faire place à l'hypothèse de l'intentionnalité du symptôme, celui-ci répondant directement au refus inconscient de procréer. Il s'agirait de l'incarnation d'une motion pulsionnelle. La peur de la grossesse ou son refus inconscient pourraient entraîner directement la stérilité. L'inconscient déciderait de la fécondation dans un "langage d'organe". Il pourrait même programmer le moment de la conception pour que la naissance coïncide avec une date signifiante. Cette programmation est-elle envisageable dans son principe même ? L'utérus fait-il ce qu'il veut ? Cette théorie implicite suppose la toute-puissance du désir sur le fonctionnement du corps. Reste le problème du passage entre pulsion et symptôme : comment s'incarne cette violence ? Comment est-elle agie dans l'organe, lieu du conflit, pour empêcher l'ovulation, spasmer les trompes, décrocher le fœtus ? Peut-on supposer que le désétayage de la sexualité sur une fonction du corps entraîne sa désérotisation ? Le corps exprimerait alors ce qui ne peut être symbolisé ou imaginé et serait en prise directe avec l'inconscient. Une incapacité de la mère d'investir l'appareil reproductif permettant la fécondité chez sa fille, pourrait-elle entraîner un tel désétayage ? La stérilité mettrait en acte un irreprésentable de la conception, entraînant une abrasion de la mentalisation et la décharge directe de l'excitation dans le comportement ou dans le corps.

L'inconception : du psychisme au corps

Psychogenèse et organogenèse du symptôme ne peuvent être opposés. Ils se stimulent l'un l'autre, sans que l'on puisse, pour autant, en faire deux aspects d'un même processus. Si l'angoisse peut avoir un versant psychique et un aspect physique, la stérilité, au contraire, fait intervenir une véritable circularité. L'influence réciproque du psychisme et du corps obéit à la récursivité. On peut donc décrire une boucle récursive dans laquelle les conséquences sont en même temps productrices du processus lui-même et où l'effet final est nécessaire à la génération de l'état initial. Le processus récursif s'autoproduit à partir d'une source qui en alimente le démarrage. C'est un modèle assez juste du cercle vicieux qu'est devenue la stérilité, depuis que contraception et procréatique ont tenté de maîtriser le mystère de la fécondation.

L'interruption du mécanisme automatique physiologique de la fécondation peut survenir à partir d'un incident relativement mineur : inquiétude d'être inféconde, surveillance excessive des dates des règles, agacement que la grossesse n'obéisse pas à la programmation précise du couple. Les succès avec leurs "grossesses surprises" relèveraient du même mécanisme.

L'inconception pourrait donc se définir comme un concept assez général, au carrefour de différentes modalités dynamiques

ou économiques. Son intérêt est de désigner le versant psychique de cette réalité biologique qu'est la stérilité. Les patientes infécondes, que l'on peut globalement considérer comme des "névroses de caractère", semblent organisées de manière défensive à l'égard d'un noyau dépressif. La souffrance narcissique n'est pas ressentie consciemment, mais fait l'objet d'un déni, qui s'exerce à l'égard du fonctionnement psychique dans son ensemble. Ce déni porte sur la vie pulsionnelle qu'il s'agit d'isoler plutôt que de refouler. Le désir insatisfait d'enfant aboutit à un sentiment de privation déclenchant la violence pulsionnelle en l'absence de capacités de symbolisation. Un tel déni, quasi conscient, rend difficile l'engagement analytique et le transfert.

Le lien à la mère est au premier plan. C'est une image phallique, puissante, ou affaiblie, exigeant la soumission de sa fille. Il existe une extrême relation de dépendance, souvent orageuse. Parfois la fille joue le rôle d'un objet narcissique pour sa mère, et ne doit donc pas avoir elle-même d'enfant. Le fonctionnement associatif se trouve appauvri. Il y a peu de rêves, ils sont brefs et crus. Les fantasmes et souvenirs sont rares. En revanche, les patientes aiment poser un problème, réfléchir, amorcer à travers la compréhension psychologique une forme supplémentaire de maîtrise. Dominer ou en tout cas ne pas s'abandonner sont des exigences structurelles. On peut insister sur le refus de la passivité. Ce qui peut apparaître comme narcissisme phallique, très souvent se révèle moins lié à l'envie du pénis qu'à la haine d'une passivité qui soumettrait le sujet à la mère omnipotente, en l'absence d'investissement de la dimension paternelle.

C'est la carence du rôle du père, le défaut de la "censure de l'amante" qui explique la persistance d'un lien pathologique mère-fille. Le bébé inconcevable ne serait pas l'enfant du père ; l'hypothèse oedipienne semble réfutée. Ce serait le bébé de la mère, fait à elle ou par elle, souvent dans le projet conscient de la satisfaire ou la restaurer narcissiquement. Un investissement excessif de l'idéal social et de la maîtrise empêche chez nos patientes toute phase de désorganisation qui serait créatrice de nouveau.

**PAIEMENT SÉCURISÉ
SUR NOTRE SITE
INTERNET**

- **ABONNEMENT**
- **COMMANDE DE NUMÉROS**
- **COMMANDE DE LIVRES de la
COLLECTION CARNET PSY**

www.carnetpsy.com

Le double sens du terme inconception s'applique donc totalement. Concevoir un enfant, comme concevoir une pensée, suppose la capacité d'abandonner la maîtrise et le fonctionnement ordonné du corps physiologique, pour laisser se produire à l'intérieur de soi un bouleversement inconnu, d'où émergera du nouveau : pensée, oeuvre ou enfant. Dans l'inconception, l'enfant à naître apparaît comme impossible à représenter - chaos terrifiant - ou comme reproduction du connu, double de soi-même, tout aussi inacceptable.

Un aspect du travail analytique sera de permettre à la patiente "d'appriivoiser" ses productions psychiques, pour favoriser la constitution progressive d'un espace intermédiaire, aire transitionnelle où jouer avec les représentations, espace pour progressivement concevoir, laisser émerger en soi un enfant ou une oeuvre inconnue. C'est le réinvestissement d'un cadre contenant, à travers la réceptivité de l'analyste, qui permettra la guérison de la stérilité. Les interprétations psychanalytiques, en séance, doivent éviter au début de porter sur le sentiment de castration pour se limiter longtemps à l'analyse de la blessure narcissique. La réintroduction du père libère la fertilité de la patiente, sans que pour autant, la rivalité oedipienne avec la mère puisse encore être représentée. Ailleurs la peur de l'enfant, support des projections de parties destructrices de soi, semble trop ancrée pour qu'elle puisse être dépassée puisque "ce sera lui ou moi". Le renoncement s'effectue, autre solution acceptable résumée dans l'affirmation : "soigner une stérilité n'est pas forcément donner naissance à un enfant".

La notion de stérilité psychosomatique peut donc être admise mais en soulignant une spécificité de l'incarnation du refus inconscient dans le corps. Aussi est-il particulièrement utile, si on veut éviter l'escalade thérapeutique avec sa violence sur le corps, d'engager ces femmes dans un travail avec un psychanalyste.

Sylvie Faure-Pragier
Psychanalyste, S.P.P.

Entretien avec
MICHEL DE M'UZAN
par DOMINIQUE CUPA



"Je suis, et comme irrésistiblement, reporté à une scène de mon enfance : je voyais le clavier du piano, devant lequel je me tenais, partir, s'éloigner indéfiniment, comme observé à travers des jumelles renversées, sans pour autant rien en perdre de la précision de son dessin. Fasciné mais tranquille, j'entretenais l'expérience cependant qu'un espace de silence absolu se déployait alentour implacablement et que les minutes cessaient de s'engendrer."

M. de M'Uzan

Dominique Cupa : Cher Michel de M'Uzan, merci d'avoir accepté cet entretien pour notre dossier sur "La psychosomatique contemporaine". Vous êtes à l'origine de l'Ecole de Psychosomatique française avec P. Marty et M. Fain, pouvez-vous m'expliquer d'abord ce qui vous a conduit à la psychosomatique ?

Michel de M'Uzan : C'est au cours de ma formation analytique, après la scission de 1953. A cette époque, P. Marty et M. Fain avaient en charge l'enseignement de la psychosomatique à l'Institut de Psychanalyse. J'ai fréquenté leur séminaire alors que j'avais commencé parallèlement, et peu de temps auparavant, à travailler avec S. Bonfils qui était l'assistant du Pr. A. Lambling, chef du service de gastro-entérologie de l'hôpital Bichat à Paris. Il souhaitait coopérer avec un "psy". Je suis entré dans le service en tant que chercheur au CNRS. C'était intéressant dans la mesure où deux voies en psychosomatique s'ouvraient à cette occasion, d'une part, celle qui nous est assez familière à nous analystes, c'est-à-dire une psychosomatique "ambulatoire" et d'autre part, la voie d'une psychosomatique que nous saisissons dans les services hospitaliers et que j'appelle une psychosomatique lourde, comme nous parlons de psychiatrie lourde. Les malades avec lesquels nous travaillons à l'hôpital n'ont presque aucun rapport, au stade où ils en sont, avec ceux que nous observons dans notre clientèle privée ou institutionnelle. Les patients hospitalisés dans ce service souffraient de pathologies très graves, voire mortelles, justifiant souvent la chirurgie.

Par ailleurs, le service était flanqué d'une Unité de recherche de l'INSERM où nous disposions d'un certain nombre de lits destinés à poursuivre avec des cas particulièrement difficiles des prises en charge psychosomatiques.

J'ai ainsi publié des cas tout à fait exemplaires de rectocolites hémorragiques graves. Un des cas les plus spectaculaires, je le cite à titre d'exemple, a été celui d'une jeune fille de 18 ans encore présente et souriante qui venait de sa province, atteinte d'une rectocolite flamboyante et pour laquelle une colectomie d'urgence avec un anus artificiel définitif était envisagée. S. Bonfils et moi-même pour des raisons qui sont facilement compréhensibles étions émus par cette jeune fille, très jolie par ailleurs, qui allait se retrouver avec un anus artificiel définitif à 18 ans. Nous avons difficilement convaincu le patron et l'équipe qui pensaient que nous étions criminels de tenter une prise en charge psychosomatique proche d'une thérapie anaclitique. J'étais présent tous les jours pendant la première phase qui n'a pas duré longtemps, la main simplement posée sur son avant-bras, n'ayant aucune réponse. Ma présence cependant a été tout à fait essentielle car la patiente a commencé à sortir un jour de la sorte d'autisme dans lequel elle était plongée pour me reconnaître et établir une certaine relation. A partir de ce moment-là, je ne l'ai jamais quittée sans lui laisser un objet m'appartenant, un crayon, une gomme, par exemple. Je le faisais dans le cadre d'une relation duelle, cependant que des complications graves apparaissaient, par exemple une bactériémie avec des suppurations diffuses des membres inférieurs, etc. Un transfert massif, très archaïque, dont j'ai pu me rendre compte après quelques semaines s'est mis en place. Pour permettre une évolution, dès lors, je ne venais plus seul, mais avec une infirmière, très maternelle. S'est ainsi constituée une relation triangulaire. Ce qui n'a pas empêché la patiente de développer un transfert, non pas une névrose de transfert, mais un transfert littéralement amoureux. Elle était persuadée que l'issue de la thérapie serait le mariage avec moi. Comme elle avait commencé des études dans le domaine du dessin, je lui apportais des cahiers Canson, des crayons pour qu'elle commence à dessiner. J'ai introduit ainsi une activité de représentation. L'hospitalisation a duré à peu près 10 mois et notre

travail s'est transformé en une psychothérapie classique. La patiente s'est rééquilibrée au point de vue médical et elle a échappé à la colectomie. Elle est revenue me voir de temps en temps maintenant le contact par lettres et, elle s'est mariée et est devenue mère. Elle a été suivie très régulièrement dans le service pendant environ 20 ans. Les poussées limitées étaient rares, mais l'intestin n'était pas guéri. Une dégénérescence carcinomateuse a finalement conduit à une colectomie, mais elle a gagné 20 ans. Après cette longue expérience, je suis revenu à une population de névrotiques tout en continuant à travailler avec Pierre Marty, Michel Fain et Christian David.

Dominique Cupa : *C'est avec eux que vous avez créé l'Institut de Psychosomatique de Paris ?*

Michel de M'Uzan : Oui, c'est ensemble que nous avons créé l'IPSO ainsi qu'avec Catherine Parat et Denise Braunschweig. C'était dans une sorte de dispensaire dont l'autre aile était réservée aux maladies vénériennes. L'Institut de Psychosomatique de Paris est donc la création de quelques analystes. Dans le même temps nous avons entrepris notre travail sur "*l'investigation psychosomatique*". Nous fréquentions, C. David et moi-même la consultation de P. Marty à Sainte Anne. J'avais été frappé par sa technique d'investigation - un peu "tauromachique" - et je lui ai dit un jour : "Vous devriez faire un livre avec cela. Nous mettrions les observations d'un côté et les commentaires de l'autre". Nous nous sommes réunis régulièrement, le dimanche matin, pendant plusieurs années avec P. Marty et C. David pour étudier les enregistrements et retenir dans tout ce matériel ce qui figure dans *L'investigation psychosomatique*.

Dominique Cupa : *Comment pouvez-vous définir ce qu'est "une investigation psychosomatique" ?*

Michel de M'Uzan : C'est ce que devrait être un premier entretien préliminaire pour n'importe quel patient venant voir un analyste. Dans l'échange même, dans un climat initial de frustration, étaient évaluées les modalités relationnelles du patient, la relation d'objet qui était la référence autour de laquelle gravitaient toutes les informations qu'on pouvait retenir dans la biographie. Simplement, nous ajoutions à cela, un

regard vers les activités de représentation qui n'étaient pas spécialement explorées. Cela ne venait que dans la dernière partie de l'entretien. Nous cherchions à savoir de façon systématique ce qu'il en était des rêves, des souvenirs de la première enfance de façon à avoir un regard supplémentaire sur les activités de représentation du patient.

Dominique Cupa : *Lorsque vous dites "Marty était tauromachique" vous manifestez un certain désaccord car je crois savoir que vous n'aimez pas la tauromachie.*

Michel de M'Uzan : Nos styles étaient totalement différents. Lorsque je dis "tauromachie", je veux dire qu'en suivant les déplacements du patient dans son fonctionnement, il était un peu dans la gestion de la relation à la façon du toréador dans l'arène avec le taureau. P. Marty était un grand amateur de tauromachie ce que je ne lui pardonnais pas ! Cela étant, nous avons travaillé ensemble, nous n'avons jamais cessé d'ailleurs d'être de bons amis, mais des divergences doctrinales sont apparues et on peut dire, en schématisant, qu'il n'a pas pris les mêmes distances que moi par rapport à la pulsion de mort et que son orientation était une orientation phénoménologique et jacksonienne, centrée sur la reconnaissance des différents niveaux d'organisation et de désorganisation du fonctionnement psychique, alors que mon orientation est plus métapsychologique. C'est largement pour cela que lorsque l'IPSO s'est installée à la Poterne des Peupliers, je n'ai pas suivi.

J'ai quitté l'IPSO et nous avons conservé de très bons rapports. Certains ont pu dire "On ne met pas deux crocodiles dans le même marigot", l'image est un peu forte ! Nous ne nous sommes jamais affrontés en ce qui concerne nos oppositions théoriques d'autant que nous avions la même base, la même référence doctrinale et clinique qui est la *pensée opératoire* que nous avons repérée ensemble et correspond au texte publié et que nous avons présenté en 1960 lors du Congrès des psychanalystes de langue romane à Barcelone. Ce travail représente le point de départ de la psychosomatique de l'*Ecole psychosomatique de Paris*. Mais nos théorisations de la pensée opératoire ont différé et en 1973, j'ai présenté au deuxième Congrès international de psychosomatique à Amsterdam un point de vue qui est purement métapsychologique.

Dominique Cupa : *Pouvez-vous me préciser vos principales divergences ?*

Michel de M'Uzan : P. Marty a évolué en avançant que la pensée opératoire s'insère dans une vie opératoire du sujet. Nous sommes là-dessus assez d'accord, mais sa théorisation s'étaye à la notion de désorganisation progressive, ce qui est une perspective phénoménologique jacksonienne. Pour ma part, je suis parti de la pensée opératoire, puisque c'était le phénomène nucléaire, correspondant à un surinvestissement du factuel. Pour qu'il en soit ainsi, j'ai avancé que le sujet devait redouter que quelque chose d'hallucinatoire ne vienne s'infiltrer, exigeant la mise en oeuvre de la forclusion d'un signifiant. La pensée opératoire est donc à considérer comme une défense contre les conséquences d'une défense psychique, la forclusion ou "*verwerfung*".

La psychosomatique est devenue maintenant quelque chose de tout à fait différent. Pour moi, ce qu'on observe chez ces patients permet d'envisager une vue unitaire de l'ensemble de la pathologie, au-delà même de la pathologie du fonctionnement de l'esprit. Il faut penser la mise en place d'un être -à partir de ce qu'on continue d'appeler l'autoconservation- qui gagne en "psychisation" dans le cadre de négociations extrêmement difficiles entre le *soma* et la psyché.

Dominique Cupa : *Lors du Colloque interne de la SPP en 2006 sur "l'inquiétante étrangeté", que vous considérez comme un phénomène nucléaire puisqu'il permet de lier ce qui a trait à l'identitaire et ce qui a trait au psychosexuel, vous avez utilisé la formule provocante "comment l'esprit vient à la quantité", cela ne synthétise-t-il pas votre pensée actuelle ?*

Michel de M'Uzan : Je crois que je suis assez proche du terme de ma réflexion avec la notion de psychisation d'une énergie non-qualifiée qui me rapproche beaucoup de J. Laplanche et de sa théorie de la séduction généralisée. Pour lui, la séduction maternelle met le petit d'homme dans une position herméneutique où il doit décoder les messages altérés énigmatiques en provenance de la mère. Pour ma part, je pense que ces messages inconscients délivrés par la mère mobilisent sur le programme génétique, un "bourgeoisement", les zones érogènes dont l'activité va interpellier l'appareil psychique

pour exiger de lui un travail. On rejoint ainsi les définitions économiques de la pulsion par Freud. Pour 98%, l'énergie vient des petites usines intracellulaires qu'on appelle les mitochondries. C'est une énergie sans qualité qui va par le biais de l'intervention de la séduction, se qualifier, devenir libidinale. La pulsion est donc, une fabuleuse invention de l'appareil psychique. L'énergie non qualifiée est au service du programme que je nomme "vital identitaire" auquel s'oppose le "sexuel" de J. Laplanche que je reconnais comme ordre psychosexuel. Lorsqu'on oppose la première théorie des pulsions ou la première topique à la seconde théorie des pulsions et à la seconde topique, en général pour dire que la seconde remplace quasiment la première, on fait une erreur de jugement parce que, quand quelque chose a fait ses preuves, cela ne saurait arrêter la réflexion et ce qui vient après, on doit mesurer de quelle manière et à quelle condition cela peut s'intégrer à ce qui a fait ses preuves déjà. Or, on en vient à la pulsion de mort, c'est autre chose que je partage avec J. Laplanche, nous ne reconnaissons pas la pulsion de mort.

Dominique Cupa : *C'est alors "une pulsion sexuelle de mort" comme le propose J. Laplanche ?*

Michel de M'Uzan : C'est ce qu'il nomme "la sexualité démoniaque", le débat est situé entièrement dans le psychosexuel. J'essaie, de mon côté, d'unifier, d'articuler l'actuel (l'ordre du vital) et le psychosexuel, par là je pense être fidèle à Freud, puisqu'il a dégagé lui-même un ordre autoconservatif (auquel appartiennent les névroses actuelles) et un ordre psychosexuel. Ce n'est donc pas équivalent à la notion de J. Laplanche "la pulsion sexuelle de mort". Le terme de pulsion répond en effet à des critères métapsychologiques précis, à savoir, la source, l'objet, le but, etc.. Avec la pulsion de mort cela ne marche pas. La pulsion est psychosexuelle. Je récusé au reste la notion de *pulsion* d'autoconservation.

Dominique Cupa : *Freud parlait de la pulsion d'autoconservation sur laquelle la pulsion sexuelle va s'étayer ...*

Michel de M'Uzan : Oui, mais voici comment je considère le "montage". Au moment où les gamètes mâles et femelles se rencontrent et où se forme l'oeuf, un pro-

gramme, qu'on peut dire d'essence génétique se met en place. C'est un programme de développement qui a plusieurs tâches. L'une, c'est, certes l'autoconservation, l'autre c'est la prévision d'étapes tout au long de ce programme. De plus ce programme, comme toute chose vivante, est prévu dans sa durée, il est flanqué d'une finitude qui n'implique pas l'intervention d'une force spécifique, la pulsion de mort.

Dominique Cupa : *Mais alors quand même, tout ce qui est manifestation de destructivité, la compulsion de répétition, quelqu'un qui se suicide ou qui tue son voisin, qu'est-ce que c'est pour vous ?*

Michel de M'Uzan : C'est le dérapage péjoratif d'un instrument qui foncièrement est au service de l'accomplissement d'un programme de vie et de durée de vie. Il s'agit d'un instrument vital, mais il arrive, lorsqu'il y a une dégradation qualitative des forces engagées, qu'il soit mal employé ou qu'il soit -si j'ose dire- trop employé. Les mécanismes, le clivage par exemple, qui ont mauvaise presse, considérés comme appartenant à la destructivité, sont en fait des dégradations fonctionnelles et qualitatives d'instruments qui foncièrement sont donc au service de l'accomplissement du programme pendant un temps. Pour ce qui est de la pulsion de mort et de ce que Freud en dit, reportez-vous aux premiers paragraphes du chapitre VI d'*Au-delà du principe de plaisir*, il y range l'autoconservation du côté de la mort.

Dominique Cupa : *Oui, c'est quelque chose qui m'a frappé et avec lequel je suis d'accord, mais Freud abandonne cette idée ensuite.*

Michel de M'Uzan : La rigueur de sa pensée n'implique pas de pareille hésitation. Le programme génétique comprend la mort. La mort est programmée au départ de la vie. Quand vous mettez un enfant au monde, vous le condamnez à mort. L'énergie mise au service de l'accomplissement du programme peut être gérée par des mécanismes d'auto-destruction cellulaire -l'apoptose- pour assurer la réalisation du programme auquel participe, grâce à la séduction maternelle (J. Laplanche), la germination des zones érogènes, lesquelles activées, vont commencer à interpeller l'appareil psychique et faire que cette énergie devienne libidinale. Elle se sexualise, se qualifie. C'est ce travail que je

nomme *pulsion*. Une invention de l'appareil psychique. Lors d'une régression libidinale, au fur et à mesure que celle-ci s'aggrave, il devient de plus en plus difficile de distinguer les valeurs agressives des valeurs libidinales. Lorsque le processus s'aggrave, une déqualification sévère advient, dès lors l'entité est gérée à un niveau "actuel". Ce n'est plus le principe de constance, c'est le principe d'inertie qui gère la situation. C'est-à-dire que cette énergie sans qualité qui était au service de la construction de l'organisme peut elle-même se dégrader et ressembler à une libido dégradée.

Dominique Cupa : *Dans Aux confins de l'identité, vous remarquez que la rencontre analytique avec la mort d'un être a retenu souvent votre attention. Votre expérience à ce sujet m'a beaucoup aidée dans ma pratique. Pouvez-vous nous en parler un peu ?*

Michel de M'Uzan : Parmi les patients que j'ai suivi qui étaient mortellement atteints, à brève échéance, j'ai distingué deux catégories : il y a d'une part ceux qui ne veulent pas mourir, et d'autre part ceux qui veulent continuer à vivre. Ainsi, un homme souffrant d'un cancer de l'oesophage dont l'issue était fatale, ce qu'il savait, m'a demandé si j'acceptais de le prendre en psychothérapie analytique, mais par téléphone car il habitait à l'étranger. La cure a duré trois mois. Eh bien songez que, à la toute fin de sa vie, alors que sa femme devait tenir le combiné pendant nos échanges, il s'interrogeait avec moi sur le sens du souvenir d'un soulier à boucle d'argent.

Je pense à tel autre patient. Il savait qu'il allait mourir. A un certain moment où il exprime son désespoir, je lui ai dit : "Mais on n'est pas là pour geindre, on est là pour travailler !" et il m'a confirmé : "C'est vrai !". Dans le "travail du trépas" je cite encore un patient qui me dit : "Ce n'est pas moi qui suis malade, c'est l'autre, mais ne croyez pas que je suis schizo". Nous avons là, l'illustration de la mise en oeuvre d'un clivage qui se met au service du psychosexuel. Je pense encore à une patiente souffrant d'un cancer inopérable. Elle venait avec en tête son refus de mourir. Il était parfois difficile de faire évoluer le "je ne veux pas mourir" en "je veux continuer de vivre".

Dominique Cupa : *J'aimerais pour finir que vous me parliez de vous aussi comme écrivain, cela a été votre premier métier, vous avez créé avec d'autres une théorie*

psychosomatique de très grande importance mais vous êtes aussi l'auteur de nouvelles qui sont de toute beauté.

Michel de M'Uzan : J'ai fait des lettres classiques, et je me suis trouvé dans un milieu littéraire. Mon univers privé n'avait rien à voir avec la médecine, c'était un univers littéraire ou de peintres. Mes amis proches étaient Arthur Adamov, Roger Gillibert, Roland Barthes. J'ai bouclé mes études de médecine en même temps que je m'engageais dans une activité littéraire qui est devenue mon activité principale. Je faisais des remplacements de médecin parce qu'il fallait bien vivre, mais mes journées se passaient ou à la Bibliothèque Mazarine ou au Café de Flore où "stationnaient" Jean-Paul Sartre, Simone de Beauvoir et d'autres encore. Mon activité littéraire était consacrée à ce que les Allemands appellent *die kleine Prosa*. J'ai donc écrit un certain nombre de textes à cette époque sans chercher à les publier. Pour moi ce qui m'importait c'était de les écrire. Ces textes se trouvent dans le premier recueil finalement publié sous le titre *Les Chiens des rois* qui est aujourd'hui introuvable. Mes amis proches m'encourageaient dans cette voie qui, au reste, était ma voie principale, c'est par là que je commençais vraiment mes journées. Et puis à peu près en 1954, je me suis rendu compte que mon genre n'avait en France qu'un public limité. Parallèlement j'ai commencé à m'intéresser à la psychanalyse, d'abord en tant que phénomène culturel, puis de plus près, puisque j'ai postulé pour une formation analytique. J'ai même rencontré à cette occasion Lacan. La rencontre avec Lacan a été tout à fait curieuse. A l'époque comme vous le savez on engageait une psychanalyse didactique. Là c a n m'accueille. Je commence à parler et il me marque ostensiblement tout le mépris dans lequel il me tient en continuant de lire tranquillement dans son coin un journal. Comprenant la situation, au bout d'un moment, je lui ai dit que j'avais par ailleurs d'autres activités, que j'écrivais et qu'un de mes textes devait être publié dans la *Nouvelle Nouvelle Revue Française*. Du coup il a posé son journal et il a commencé à s'intéresser à moi.

A cette époque là, sur le conseil du peintre Henri Atlan, j'avais montré mes textes à Marcel Arland qui était co-directeur avec Jean Paulhan de la NRF. M. Arland s'est

montré très enthousiaste et les a montrés à Paulhan qui m'a aussitôt demandé un texte pour la Revue. C'est *La chasse*. Parallèlement, il m'a demandé le recueil pour sa collection "Métamorphoses" de Paulhan. C'est ainsi que *Les Chiens des rois* ont été publiés. J'ai continué à écrire tout en commençant la formation psychanalytique avec comme prétexte que littérature et psychanalyse s'enracinent dans le même *humus* et que la fréquentation des deux domaines pouvait être possible. Ce en quoi je me trompais. C'est une histoire de créativité compliquée. J'ai écrit des *shorts stories* qui figurent dans le deuxième recueil, *Le Rire et la poussière* qui est également difficile aujourd'hui à trouver. J'écrivais ces textes et je ne voulais pas publier parce que j'avais en tête de résoudre des problèmes techniques qui assureraient un texte plus long qu'une *short story*. La résolution de ces problèmes techniques était un préalable à la publication. J'ai cru à plusieurs reprises avoir trouvé la solution dans *Les Chiens des rois* et surtout dans *Le Rire et la poussière*. J'entrevois disons une solution "technique" - entre guillemets-. Bernard Privat qui était le directeur des éditions Grasset a souhaité voir les textes pour conseiller leur publication.

C'est à ce moment-là que les choses ont commencé à se compliquer dans la mesure où la psychanalyse prenait de plus en plus de place et que le poids de la séance se substituait à celui de la page blanche. J'étais beaucoup plus requis par l'analyse, il s'avèrait que le rapport avec le patient s'imposait en quelque sorte sans réserve, il était clair que l'adhésion profonde exigible, exigée dans une activité littéraire était beaucoup plus fragile. On n'a pas besoin d'écrivains, on a besoin de boulangers. Donc j'ai continué d'écrire, d'une façon un peu erratique. Cela me permet de mieux poursuivre les réflexions que je nourris à propos de la créativité. Pour moi, l'esprit de la chose, je ne sais pas très bien comment le dire, ce n'est pas le poème, mais la poésie dans la prose. C'est de la poésie dans de la prose. L'instant de saisissement qui est au creux de la chose elle-même ne se déclenche pas comme ça. C'est dire que la créativité n'est pas, à mon avis, naturelle, tout au moins dans le monde contemporain. Presque tous les artistes ont recours à un préalable : la provocation d'un état propice, sauf structure d'ailleurs assez proche du psychotique, comme par exemple avec Antonin Artaud

qui était un de mes familiers au lendemain de la guerre. Nous avons été très proches quand il est revenu de l'asile de Rodez ; il est mort très vite après, mais on se voyait beaucoup. Ainsi, à moins d'être paraphrène, on ne dispose pas facilement de l'état propice. Les recours à des artifices servent souvent. Au XIX^{ème} siècle, c'était l'absinthe, J.P. Sartre, lui, marchait au corydrane, etc.

On se demande parfois si l'enfant est créatif ? Enfant, j'ai assisté au phénomène initial de la sublimation. J'habitais dans le XIV^{ème} au fond d'une impasse, les gens venaient promener là leurs chiens et il y avait des crottes partout et des petits voisins, hollandais bien sûr, décoraient les crottes de chiens en y plantant des bouts d'allumettes, des petits graviers pour en faire des petites oeuvres. Entre la décoration des crottes de chiens et le sourire de la Joconde, il y a l'idée de tout un parcours, celui de la sublimation. La sublimation - là c'est de la théorisation - ne porte que sur les pulsions sexuelles partielles. La génitalité ne se sublime pas, elle se vit dans le rapport sexuel. Corrélativement, pour mobiliser les pulsions partielles il faut que s'engage une régression. C'est là qu'intervient l'addiction. Il m'est apparu aussi que du point de vue économique la sublimation vaut moins qu'un symptôme. Freud le dit lui-même, aussitôt après l'acte sublimatoire effectué, les pulsions destructrices sont remises en route et il faut recommencer. Alors qu'un symptôme névrotique "tient la route" !

Dominique Cupa : *Quelle est alors la différence entre un addicté et un créateur ?*

Michel de M'Uzan : Dans *Aux confins de l'identité*, dans l'avant dernier chapitre "Addiction et problématique identitaire", j'écris que je ne reconnais l'addiction, au sens plein du terme, que pour l'addiction à l'héroïne, celle qui provoque une dépendance rigoureuse. L'addiction c'est un déficit de ce que j'appelle "le tonus identitaire de base". C'est une problématique identitaire, disons un déficit à ce niveau, le toxicomane est contraint d'avoir recours à un apport extérieur de toxique pour pouvoir établir un niveau de fonctionnement propice. L'addicté souffre d'une carence existentielle, d'un défaut "d'être". Une défaillance présente dès avant que la libido s'étaye sur les pulsions dites d'autoconservation, "le vital". Chez les écrivains, certains peuvent accéder

spontanément à cet état mais chez d'autres c'est, artificiellement qu'ils sont condamnés à provoquer l'état propice. Un état qui est proche de la dépersonnalisation, associé à une régression libidinale. Dépersonnalisation d'une part et régression libidinale d'autre part, pour mobiliser les pulsions partielles à sublimer, faute de quoi "la matière première manque".

Dominique Cupa : Dans vos "short stories", vous n'arrêtez pas de revenir sur la problématique identitaire, vous êtes dans les confins de l'identité là où les limites s'effacent, sont mouvantes, vos lecteurs sont pris dans des jeux d'effacements, de passages d'un monde en un autre. Par ailleurs le titre de votre dernier ouvrage est *Aux confins de l'identité*, il y a donc pour vous continuité entre le travail littéraire et le travail psychanalytique. De plus, je trouve que vous avez un style très littéraire dans vos travaux techniques.

Michel de M'Uzan : Quand vous parlez de continuité entre mon travail littéraire et psychanalytique, je pense qu'il faut entendre la parenté des mécanismes qui sont à l'oeuvre et de surcroît le rôle de l'état psychique de l'écrivain et du psychanalytique. L'écrivain au sens où je l'entends lutte pour accéder par n'importe quel moyen au saisissement alors que l'analyste du fait qu'il est en rapport avec le discours d'un autre résiste à cet infléchissement de la conscience qui pourtant serait nécessaire pour le faire accéder au plus obscur. En ce qui me concerne et pour répondre à votre question du style littéraire de mes travaux psychanalytiques, je sais qu'on l'évoque parfois, la chose peut s'entendre dans certains textes comme "L'informe" et "Urgence et destin" mais la situation est quand même différente. Le souci d'écriture dans les textes analytiques n'implique pas la mise en oeuvre d'états particuliers, on pourrait peut-être dire que si la remarque sur ces écrits est pertinente, il s'agirait d'une retombée du littéraire.

Bibliographie (extrait)

Livres

De M'Uzan M. et coll. (2008), *La chimère des inconscients*, Paris, Puf, Collection Petite bibliothèque de psychanalyse.

De M'Uzan M. (2005), *Aux confins de l'identité*, Paris, Gallimard, Collection Connaissance de l'inconscient.

De M'Uzan M. (1977), *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, Collection Connaissance de l'inconscient et Tel, 1994.

De M'Uzan M. (1977), *La bouche de l'inconscient*, Paris, Gallimard, Collection Connaissance de l'inconscient et Tel, 1994.

De M'Uzan Michel, Marty P., David C. (1963) *L'investigation psychosomatique. Sept observations cliniques*, Paris, Puf, 1974.

Articles

De M'Uzan Michel (2003), "La séance analytique, une zone érogène ?" in *La Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Puf, n°2, p. 431-439.

De M'Uzan Michel, Gagnebin Murielle (2003), "L'homosexualité : un instrument ?" in *La Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Puf, vol. 67, n°1, p. 166-179.

De M'Uzan Michel (2002), "Malaise dans la nosographie" in *Psychanalyse et psychose*, Paris, n°2, p. 15-19.

De M'Uzan Michel (2001), "Séparation et identité" in *La Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Puf, vol. 65, n°2, p. 355-360.

De M'Uzan Michel (2001), "Urgence et destin" in *Le fait de l'analyse*, Paris, Autrement, n°11, p. 11-17.

De M'Uzan Michel (1998), "Impasses de la théorie, théories indispensables" (58^e Congrès des Psychanalystes de langue française) in *La Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Puf, vol. 62, n°5, p. 1459-1463.

De M'Uzan Michel (1972), Un cas de masochisme pervers, *La sexualité perverse*, ouv. coll., Paris, Payot, p. 13-47.

Fictions

De M'Uzan Michel (1954), *Les chiens des rois*, Paris, Gallimard.

De M'Uzan Michel (1962), *Le rire et la poussière*, Paris, Gallimard.

De M'Uzan Michel (1994), *Celui-là*, Paris, Grasset.

LE CARNET PSY

Revue mensuelle éditée par les Éditions Cazaubon
RCS Nanterre B 397 932583.

Rédaction et Publicité :

8 avenue Jean-Baptiste Clément, 92100 Boulogne
Tél. 01 46 04 74 35 - Fax. 01 46 04 74 00

Directrice de la Publication et de la Rédaction :

Manuelle Missonnier <man@carnetpsy.com>

Coordinatrice de rédaction / Responsable Agenda et Publicités :

Estelle Georges-Chassot <est@carnetpsy.com>

Comité scientifique :

Dr Alain Braconnier, Pr Pierre Delion,
Pr Pierre Ferrari, Pr Bernard Golse, Pr Serge Lebovici †,
Pr Marie Rose Moro, Pr Daniel Widlöcher, Pr Édouard Zarifian †

Comité de Rédaction :

Pr Marie-Frédérique Bacqué, Sophie de Jocas,
Sylvie Gosme-Séguret, Dr Vassilis Kapsambelis, Sylvain Missonnier,
Dr Marianne Rabain, Dr Jean-François Rabain, Dr Richard Uhl.

Abonnements : Interconnexion - Editions Cazaubon

BP 75278- 31151 Fenouillet cedex- Fax : 05 61 37 16 01

<carnetpsy@interconnexion.fr>

Abonnement annuel (9 numéros). Le numéro : 8 € France - 10 € Etranger

Abonnement : 52 €/70€ - Étranger: 70 €

Imprimerie Neuville. Dépôt légal: 2^e trimestre 2008

Commission paritaire : 0912 T 82018.

ISSN 1260-5921



Lundi 28 juin 1875 - Une lettre de Freud à son ami Silberstein : "Reçois mes cordiales félicitations pour ta première conférence publique dont je suis surtout heureux qu'elle n'ait pas été consacrée aux sociaux-démocrates mais à la sténographie, qui honore tant le siècle de la vapeur. (...) Je ne sais si, dans cette conférence, tu as également parlé des changements que l'utilisation de la sténographie va introduire dans la société (...) Songe, il n'y aurait plus de flatterie possible, si quelqu'un écrivait à son correspondant : les lignes peu nombreuses mais riches de contenu que j'ai eu l'honneur de recevoir de vous, etc., à moins qu'on ne se serve alors d'un papier à lettre réduit au tiers de son format actuel, ce qui compenserait le changement. J'espère aussi que la sténographie influera sur la fréquence des lettres, de même que sur le style, etc., et j'attends beaucoup, en particulier, de l'inévitable période de transition, jusqu'au moment où la sténographie aura réussi à devenir pratique courante. Alors les grossièretés écrites perdront une grande partie de leur virulence, car qui pourra encore se fâcher bien fort contre quelque chose qu'il aura mis une demi-heure à lire ? A mon sens, tu ne dois laisser subsister l'écriture courante que dans les documents administratifs. Car, premièrement, les administrations mettent leur point d'honneur, d'une façon générale, à retarder de cinquante à cent ans sur le reste de l'humanité ; deuxièmement, il appartient à la nature d'un document administratif de s'étendre en long et en large, et, troisièmement, dans le cas contraire, les fonctionnaires produiraient de si affreux barbouillages qu'il deviendrait impossible de distinguer le certificat de travail d'un domestique d'un diplôme de docteur. Que de plaintes sur terre..."

Vendredi 19 juin 1908 - Lettre de Carl Jung à Freud : "Avant-hier, pendant un moment sans surveillance, Gross s'est évadé du jardin de la maison en passant le mur, et réapparaîtra sans aucun doute bientôt à Munich, pour aller au-devant du crépuscule de son destin (...) Pour moi -cet événement est l'un des plus graves de ma vie, car en Gross j'ai fait l'expérience de trop de côtés de ma propre nature, de sorte qu'il m'est souvent apparu comme mon frère jumeau, *dementia praecox* en moins. Cela est tragique. Vous pouvez mesurer à cela à quelles forces j'ai fait appel en moi pour le guérir. Je n'aimerais pourtant pour rien au monde, malgré la douleur, être privé de cette expérience, car elle m'a enfin donné, chez un homme unique, une vision unique de la nature la plus profonde de la *dementia pr.*"

Juin 1951 - Bilan de *La Nouvelle critique* : "Idéaliste quant à la méthode, la psychanalyse rejoint la famille des idéologies fondées sur l'irrationnel, jusque et y compris l'idéologie nazie. Hitler ne faisait pas autre chose en cultivant les mythes de la race et du sang, forme nazie de l'irrationnel des instincts (...) La psychanalyse a servi de prétexte à quelques groupes d'intellectuels bourgeois surréalistes pour se libérer des contraintes de l'hypocrisie morale (...) En France, du moins, la psychanalyse se réduit à l'apanage presque exclusif du petit cercle d'initiés de la société de psychanalyse."

alain.de@mijolla.net



Le site Web du mois : Psychoweb

<http://www.psychoweb.fr/>

Il est toujours touchant d'être témoin du début d'une aventure surtout lorsque l'on se sent en phase avec les principes qui la président : décroquer, diffuser, partager les connaissances de la psychologie.

Il est difficile de donner un principe unique à *psychoweb*. Il est, pour l'heure, foisonnement d'idées, de rencontres et de travail. C'est d'abord un site de social *bookmarking*, c'est-à-dire de partage des signets. Plutôt que de conserver et de gérer seul ses signets, le social *bookmarking* permet de les mutualiser en ligne. *Del.icio.us*, *Digg*, *Stumble!* sont parmi les plus connus. La bonne idée est de proposer ce dispositif et cet usage en le focalisant sur la psychologie. Cela permet d'une part de faire apparaître des contenus qui ne sont pas repérés par les moteurs de recherche – et ce brassage contribue à un renouvellement des idées qui est bienvenu sur un Internet toujours menacé par le nivellement moyen – et ensuite d'en discuter en ligne. Au final, on trouve dans un même lieu les différentes lignes de la psychologie, ce qui a un effet de décroquement tout à fait bien venu.

C'est ainsi que l'on est assez facilement en contact avec des aspects de la psychologie qui restent souvent méconnus et qui sont pourtant à discuter : quelle est la validité des emprunts que nous faisons aux mathématiques, à l'informatique, à l'économie ? Et pourtant, comment éviter qu'une discipline soit poreuse aux autres ? Quels sont les ponts à contruire et les murs à bâtir pour que chacune garde sa spécificité ?

Psychoweb est aussi un site sur lequel règne l'esprit Web 2.0. En ce sens, il déborde largement du partage de purs et simples signets puisque toute personne porteuse d'un projet qui croise la psychologie et l'internet se verra aidée, qu'il s'agisse de mettre en ligne un blog, de se débarrasser de problèmes techniques ou de mieux faire fonctionner une application... En ces moments de mutation ou l'ensemble du web bascule vers autre chose que l'on a maladroitement appelé web 2.0, c'est un des endroits où la psychologie se mêle intelligemment aux mondes en ligne.

Yann Leroux
yann.leroux@laposte.net

le Carnet PSY c'est chaque mois



9 numéros par an

- L'agenda de référence en santé mentale
- Une liste complète des Parutions du mois (livres, revues)
- Des comptes rendus de livres et de colloques
- Des articles originaux sur la recherche actuelle
- Des dossiers thématiques
- Une revue des revues
- Des rubriques spécialisées : vidéo, Internet
- Un acteur pivot de la formation
- Un site interactif sur le réseau Internet www.carnetpsy.com

SERVICE ABONNEMENTS :

CARNET PSY

CRM ART - BP 15245 - 31152 Fenouillet

mail : carnetpsy@crm-art.fr

**NOUVELLE
ADRESSE**

☐ Mme ☐ Mr
Prénom Nom
Adresse
Code postal Ville
Pays
Tél.
Email
Profession
Établissement

Ci-joint, mon règlement par :

☐ chèque (bancaire ou postal) à l'ordre du Carnet PSY

☐ carte bancaire (CB, Visa, Mastercard, Eurocard)

N°

Expire fin 3 dernières positions au verso

Le Signature

☐ Je souhaite recevoir une facture acquittée

BON DE COMMANDE (frais de port gratuit)

8 € LE NUMÉRO (France) - 10 € (Etranger)

Je souhaite commander le(s) numéro(s) suivants :

n°

Soit un total de €

BULLETIN D'ABONNEMENT

Abonnement Particulier

France ☐ 1 an - 9 n° au tarif de 52 €
☐ 2 ans - 18 n° au tarif de 90 €

Etranger* ☐ 1 an - 9 n° au tarif de 70 €
☐ 2 ans - 18 n° au tarif de 130 €

Abonnement Institutionnel

France ☐ 1 an - 9 n° au tarif de 70 €
☐ 2 ans - 18 n° au tarif de 130 €

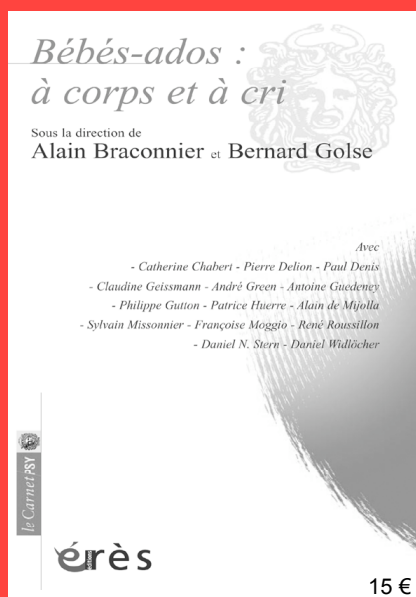
Etranger* ☐ 1 an - 9 n° au tarif de 85 €
☐ 2 ans - 18 n° au tarif de 160 €

Abonnement Etudiant (sur justificatif)

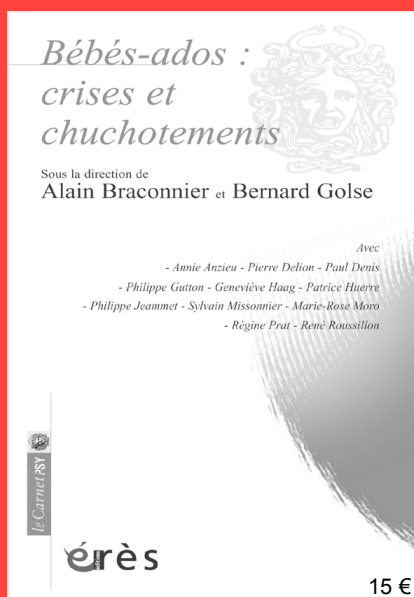
France ☐ 1 an - 9 n° au tarif de 45 €
Etranger* ☐ 1 an - 9 n° au tarif de 60 €

* Etranger et Dom-Tom

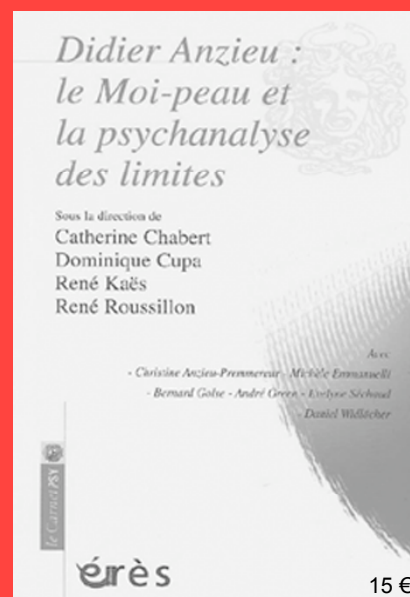
La collection Carnet Psy



Actes colloque BBADOS
des 26-27 mars 2004



Actes colloque BBADOS
des 31 mars - 1^{er} avril 2006

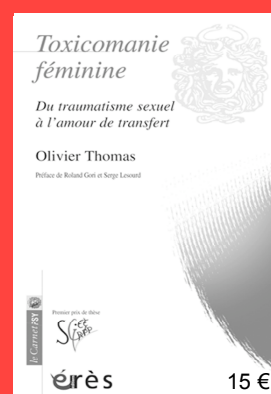
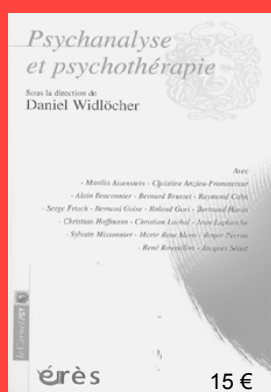


Actes colloque
du 27 janvier 2007

Livres déjà parus dans la collection

Frais de port :

2€ (envoi France)
4€ (envoi Etranger
et Dom-Tom)



**Vous pouvez commander ces livres
et régler directement par carte bancaire (paiement sécurisé)
sur notre site internet www.carnetpsy.com**