



DYSPARENTALITÉS

Maurice Berger, Denis Mellier,
et Albert Ciccone

INTERVIEW
Jean Ménéchal,
Le risque de l'étranger

BIBLIOFIL
Nathalie Dumet,
Anorexie - Boulimie,
Bref survol historico-clinique
Et vos rubriques
Infos Pratiques, Agenda

Le Centre de Recherche en Psychogérontologie (CRPPC n°O653)
Institut de Psychologie organise le :

D.U.G.S. Diplôme Universitaire de Gérontologie Sociale année 2000 (diplôme créé en 1975)

animé par :

J. GAUCHER Professeur (Directeur du diplôme)
L. ISRAEL Professeur
L. PLOTON Professeur associé
J.M. TALPIN Maître de Conférences
J. TYRREL Maître de Conférences associé
C. BIESSY Allocataire de Recherche

Le D.U.G.S. sanctionne une formation universitaire en Gérontologie de 2 ans soit 300h de cours réparties en 8 modules, soit 4 modules d'une semaine par an.

Les objectifs du D.U.G.S. sont :

- un apport de connaissances en gérontologie.
- une solide réflexion gérontologique en appui sur la recherche universitaire.
- un stage dont la durée est évaluée pour chaque étudiant par la commission pédagogique.
- une initiation à la recherche appliquée en gérontologie en appui sur l'activité de recherche du Centre de Recherche en Psychogérontologie.
- une ouverture sur la gérontologie internationale par le concours de professeurs invités, titulaires d'universités Étrangères (Canada, Angleterre, Allemagne,...)

Coût annuel : 5 000 F dans le cas d'une inscription individuelle,
9500 F inscription financée au titre de la formation continue.

Renseignements et inscriptions :
Institut de Psychologie - Scolarité 3ème cycle
5 Av Pierre Mendès France
69676 Bron cedex
Bureau 126K - TÉL. : 04.78.77.23.83
Email : zorn@univ-lyon2.fr
(ouvert du lundi au vendredi de 13h30 à 17h00)

Calendrier de l'année universitaire

1999 - 2000

Toutes filières

Premier semestre

- du 27 septembre au 18 décembre : cours (12 semaines)
- du 20 décembre au 2 janvier : vacances de Noël
- du 3 au 8 janvier : semaine de rattrapage
- du 10 au 29 janvier : 1^e session d'examens et notification des résultats et réorientation

Second semestre

- du 1er février au 6 mai : cours (12 semaines)
- du 21 février au 27 février : vacances d'hiver
- du 17 avril au 24 avril : vacances de printemps
- du 9 mai au 13 mai : semaine de rattrapage
- du 15 mai au 6 juin : 1^e session d'examens du 2^e semestre et délibération

du 19 juin au 7 juillet : 2^e session d'examens et délibération
(1^e et 2^e semestre)

Conférences F.P.P. 1999 - 2000

le samedi de 9 h 30 à 11 h 30
Amphi 136 – 16 quai Claude Bernard – Lyon 7ème

11 décembre
Psychanalyse et vérité
Michaël RUSTIN,
Professeur de sociologie,
Université EAST LONDON

8 janvier
Naître aujourd'hui
Françoise PERIN - DUREAU
Psychologue clinicienne, maître de
conférence à l'institut de psychologie,
Université Lyon 2

12 février
Titre à préciser
André CAREL,
Psychiatre, psychanalyste

11 mars Attention, lieu : Amphi de l'I.E.P.
**Limites de l'activité soignante dans un
contexte universitaire**
Francis MAQUEDA,
Psychologue clinicien,
chargé de mission dans l'humanitaire

8 avril
**La folie d'écrire, l'écriture comme
défense contre l'effondrement
psychique**
Bernard CADOUX,
Psychologue clinicien

Entrée gratuite
Formation à Partir de la Pratique
Institut de Psychologie – Université
LUMIÈRE-Lyon 2

| | |
|--|----|
| Infos Pratiques | 2 |
| Dysparentalités. | |
| Les défaillances parentales précoces Problématique et prise en charge <i>Maurice Berger</i> | 4 |
| Dysparentalité et enjeux psychiques du maternage <i>Denis Mellier</i> | 7 |
| Répétitions transgénérationnelles des défaillances parentales Quelques réflexions <i>Albert Ciccone</i> | 9 |
| Bibliofil | |
| Anorexie - Boulimie Bref survol historico-clinique <i>Nathalie Dumet</i> | 11 |
| Publications | |
| <i>Le risque de l'étranger</i> Interview de <i>Jean Ménéchal</i> | 14 |
| Agenda | 15 |
| Au fil de Canal Psy | 16 |

Édito

Ce premier numéro vous parviendra alors que la rentrée, universitaire et professionnelle, a été accomplie et que les rythmes et les repères mis en place commencent sans doute à soutenir favorablement le travail à accomplir.

Vous allez découvrir la nouvelle maquette de *Canal Psy*. Les modifications portent essentiellement sur les illustrations. Nous avons voulu donner une plus grande importance à cette dimension de la transmission passant par l'aire de rêverie. Ainsi, au fil des cinq parutions, vous allez découvrir comment Jean-Christophe Chabanon a interprété la thématique proposée par les différents dossiers.

Quant au contenu du journal, les différents axes ont été conservés : un dossier, suivi d'une rubrique qui propose un autre pôle de lecture et d'intérêt et où alterneront *l'Aperçu*, *Bibliofil* et *Être psychologue en*.

Le choix des thématiques reste fidèle aux orientations antérieures : faire découvrir les champs divers de la psychologie pour faciliter à la fois la perception des spécificités dans les approches et celle des transversalités.

Le dossier sur les dysparentalités ouvre l'année. Pour le passage 1999-2000, nous avons voulu célébrer l'évènement par un « Pour mémoire » en interrogeant les blessures de mémoire qui affectent l'héritage collectif. Au programme encore : « Les médiations en thérapie et en formation », « À partir de Lacan », « Les figures de l'exclusion ».

Je souhaite à tous une année fructueuse et que *Canal Psy* contribue à stimuler votre appétit de lecture... et d'écriture.

Monique Charles

DOSSIER

Dysparentalités

Les défaillances parentales précoces Problématique et prise en charge

La pratique quotidienne en psychopathologie de l'enfant confronte le psychologue de manière non exceptionnelle à une situation "choquante": certains parents se révèlent incapables de se préoccuper de leur enfant, au point qu'une séparation paraît nécessaire. Il ne s'agit pas de situations « spectaculaires » avec des sévices graves ou des attouchements sexuels de diverses natures, mais d'une grande incohérence dans les soins maternels et paternels, d'une absence prolongée de préoccupation psychologique et matérielle à l'égard de l'enfant, de contacts traumatiques, car brusques, imprévisibles, violents, d'une alternance de rejets et de rapprochements à tonalité « incestuelle », le tout reposant sur une absence d'identification aux besoins fondamentaux de l'enfant. 110 000 enfants en France sont ainsi séparés actuellement de leurs parents, le plus souvent par décision judiciaire. Pour un bon nombre d'entre eux, un retour en famille se révélera impossible. En effet, lorsqu'on propose à leurs père et mère des entretiens pour les aider à comprendre ce qui se passe en eux qui les empêche de s'occuper de manière adéquate de leur enfant, cette tentative est presque toujours vouée à l'échec. Ces parents qui sont psychotiques, ou psychopathes en errance perpétuelle, ou qui se servent de leur enfant comme une aide-soignante en le soumettant à des à-coups dépressifs et agressifs très forts, n'utilisent pas le temps de réflexion qui leur est proposé. Soit ils manquent la plupart des rendez-vous. Soit ils se sentent persécutés par la moindre phrase du thérapeute. Soit ils ne parviennent pas à élaborer quoi que ce soit sur leur passé ou sur leurs relations avec leur enfant. Ce qu'ils ressentent en présence de leur enfant ne peut jamais être perçu par eux comme une projection « utilisable » de ce qu'ils ont vécu enfants, utilisable au sens où elle permettrait une prise de conscience des sentiments qui les envahissent à leur insu. Soit enfin ils ne font que se plaindre, ne demandent aucune nouvelle de leur enfant, et ne viennent plus lorsqu'ils réalisent que le thérapeute ne s'intéresse pas qu'à eux mais aussi à leur enfant, car ils ne supportent pas qu'on se décentre d'eux, même un court instant.

Lorsqu'ils parlent de leur enfant hors de sa présence, ils évoquent un enfant imaginaire qu'ils adorent, et ils décrivent d'une manière particulièrement émouvante la manière dont il leur manque et dont ils sauront s'en occuper lorsqu'on le leur rendra. Mais en présence de l'enfant réel, les projections massives l'emportent. Ces parents attendent souvent des contacts avec leur enfant un maternage qui répare les blessures profondes de leur propre enfance. En place vient un nourrisson réel qui pisse et fait caca dans sa couche parfois juste après avoir été changé,

qui exige son biberon, et qui pleure parfois d'une manière très difficile à apaiser. Cet aspect « irréductible » du nourrisson fait de lui un être dangereux qui fait resurgir chez ces parents des angoisses archaïques d'être dévorés, attaqués, et M. David a souligné à quel point les bébés pouvaient être menaçants pour une mère psychotique qui lui prête des intentions malveillantes. Elle peut se sentir soumise à ce bébé comme elle-même a été soumise à sa mère, tout en adorant cet enfant comme une partie d'elle-même. L'enfant sera pris alors dans l'alternance d'un rapprochement et d'un éloignement violents.

Certains parents ne manifestent leur désarroi que sous la forme d'une « psychose blanche » au sens où leur comportement demeure très bien adapté socialement, mais où leur désorganisation ne se manifeste que dans la relation avec leur bébé. Cette adaptation extérieure fait que les signaux de détresse qu'ils lancent ne sont pas suffisamment pris en compte.

Les parents psychopathes soumettent leur enfant à un investissement anarchique, souvent pauvre, à des absences imprévisibles et prolongées. Ils sont fréquemment peu capables de se décentrer d'eux-mêmes, n'entendent pas les demandes de leur enfant, ou y réagissent facilement par des coups.

On peut remarquer que l'état psychique de ces parents ne s'aggrave pas après qu'on leur ait retiré leur enfant : ils ne délirent pas plus, ne se dépriment pas spécialement, mais s'aménagent un espace d'illusion. Par exemple, ils louent un appartement avec une chambre pour recevoir leur enfant quand on le leur restituera. C'est là qu'on mesure à quel point l'enfant imaginaire prime sur l'enfant réel, car des parents ayant investi normalement leur enfant souffriraient de manière insupportable d'en être séparé. Il en est de même au niveau de l'enfant : il supporte d'être séparé de ses parents sans présenter les signes de souffrance psychique décrits par R. Spitz et J. Robertson, le désespoir, la dépression, puis le marasme, l'indifférence ou l'adaptation en faux-self, à la différence d'un enfant qui perdrait une relation d'amour sécurisante, organisatrice et structurante avec ses parents. La séparation se fait donc sans rupture d'un attachement vital.

Mais de nombreux intervenants ne peuvent tolérer l'idée d'une telle séparation. Ce qu'elle mobilise en eux, c'est l'idéologie du lien, c'est-à-dire une théorie toute personnelle des intervenants selon laquelle le maintien du lien physique, réel, entre l'enfant et ses parents, a une valeur absolue et intouchable. Or la valeur d'un lien n'existe pas en soi. Il existe des liens

positifs, qui permettent à l'enfant d'organiser son monde interne, et des liens désorganisateur pour le psychisme de l'enfant car traumatiques. Et le seul lien utilisable est un lien en pensée, qui permet de s'éloigner de l'autre en gardant en soi une représentation satisfaisante de lui. L'idéologie du lien est présente en chacun de nous, elle consiste à privilégier notre identification aux parents par rapport à notre identification à l'enfant, sans tenir compte du fait que les parents dont il est question dans de telles situations sont incapables de s'occuper de leur enfant réel. Elle évite aussi de s'identifier à la souffrance de l'enfant, lequel est soumis dans les échanges avec ses parents à des affects d'impuissance, de terreur, d'agonie psychique, d'une intensité d'autant plus forte qu'il n'a aucune maîtrise sur la durée des événements. Le seul moyen de contre-balancer l'idéologie du lien, c'est de garder en permanence la référence à l'état de l'enfant réel : quel est son état sur le plan physique et psychique ? Quel retard de développement psychomoteur présente-t-il ? Où en sont ses capacités relationnelles, son appréhension de la réalité ? Présente-t-il de graves difficultés d'apprentissage ? Avec quelle régularité les parents viennent-ils aux visites ? Comment sont-ils capables de s'occuper réellement de leur enfant, et pendant combien de minutes ou d'heures ?

En ce qui concerne les enfants soumis à ces soins incohérents puis à une séparation, la clinique montre qu'ils développent un mode de fonctionnement psychique particulier, la pathologie du lien, dont on sous-estime souvent la gravité, car ces enfants peuvent avoir à certains moments un fonctionnement bien adapté à la réalité. Toute séparation des objets parentaux contraint l'enfant à un travail psychique particulier, différent du travail de deuil car le parent n'est pas perdu, et sa survie entretient l'espoir de retrouvailles, d'une rencontre possible. Le psychisme de nombreux enfants s'est organisé de manière centrale et défectueuse autour de cet espoir. La pathologie du lien qui en découle a plusieurs caractéristiques.

Tout d'abord, l'idéalisation de l'absent, au prix d'un clivage et d'un déni qui résistent à toute parole rationnelle. Ainsi on peut expliquer à un enfant séparé de ses parents psychopathes violents et abandonnants, qu'il est impossible qu'il continue à vivre avec eux en lui donnant des exemples précis de leur incapacité éducative, ceci n'a que peu d'impact sur le désir de l'enfant de retourner vivre avec eux et sur la manière dont il les idéalise. Plus les soins primaires ont été insatisfaisants, plus ces enfants éprouvent de difficultés à avoir accès à l'ambivalence à l'égard de leurs imagos parentales. Souvent ils ne peuvent qu'osciller entre une imago idéalisée et des moments de vécu hallucinatoire terrifiant, trop facilement qualifiés de caractériels par les adultes. Et l'on n'est qu'à moitié surpris de constater, au cours des traitements, l'apparition d'éléments mélancoliques chez ces enfants. À défaut de pouvoir haïr l'objet, le sujet s'accuse d'être à l'origine de la séparation, de l'abandon.

Une deuxième caractéristique de la pathologie du lien, c'est la forme que prend le détachement par rapport aux objets originaires. Le grand risque ici, c'est la confrontation à la chose innommable la plus terrible, l'abandon. Le sujet se pose en permanence la question de la nature de la trace qu'il pense avoir laissée dans l'objet. D'où l'intérêt, pour la plupart des

enfants, à ce qu'ils rencontrent avec régularité les parents dont ils sont séparés par une décision du juge des enfants, non pas pour réaménager un lien leur permettant de revivre ensemble, mais pour constater la trace de soi laissée dans la psyché de l'autre. Cette trace a comme manifestation essentielle le respect du rythme des rencontres, fut-ce une demi-heure par mois ou par trimestre.

Une troisième caractéristique est qu'il existe souvent une scène fantasmatique que l'enfant met plusieurs mois ou années à révéler ou à pouvoir penser, et qui montre la manière dont il a « organisé » psychiquement la scène de la séparation-abandon. Ainsi Simone, huit ans, dessine, en présence de l'éducatrice qui s'occupe d'elle, le visage de sa mère pleurant au moment de la séparation. Le sens de ce dessin est complexe. La mère de Simone est une personne au visage immuable et sans affect. Le moment où elle a pleuré est peut-être la seule fois où Simone a eu le sentiment d'avoir une mère, et lorsqu'elle le dessine, elle essaie de préserver ce moment paradoxal : elle se découvre une mère parce qu'elle en est séparée. En même temps, pour un enfant séparé, une mère qui pleure est équivalent à un enfant qui fait pleurer sa mère, et Simone est une enfant qui fait attention à ne pas faire naître d'affects chez l'adulte, comme si elle craignait ce qu'elle risquerait de déclencher, en particulier des pleurs.

Ces situations nous confrontent à des difficultés thérapeutiques considérables. Lorsqu'une séparation est nécessaire, elle protège l'enfant de l'incohérence de ses parents, elle lui est cependant le plus souvent inutile à un niveau intra-psychique si elle ne s'accompagne pas des deux modes de prises en charge suivants. Le premier est un travail thérapeutique avec l'enfant qui portera sur ses mouvements de désespoir, de rage, de honte, d'envie, sur les théories violentes qu'il a élaborées concernant sa conception. Ce travail ne peut souvent être efficace que sous la forme d'une prise en charge individuelle quotidienne en Hôpital de Jour, effectuée par un(e) infirmier(e) ou un(e) éducateur(trice). Pendant cette prise en charge, l'enfant fait subir à des objets réels (poupée, peluche et même le soignant) ce qu'il a subi lui-même lorsqu'il était plus petit (violences, absences, imprévisibilité, abandon), et expérimente des modes de relation inconnus pour lui jusqu'alors. Dans un second temps, il parvient à s'exprimer de manière moins agie, par le moyen de dessins ou d'histoires jouées avec des personnages. Ce n'est que lorsque ces enfants ont expérimenté une relation sécurisante avec une personne fiable et résistante, et qu'ils se sont ainsi constitués une histoire avec elle, qu'ils peuvent devenir moins « sauvages », réaliser des apprentissages, commencer à vivre en groupe. En même temps, un dispositif institutionnel précis tente d'aider ces enfants à domestiquer leur violence interne.

On sous-estime souvent l'effort que doivent fournir ces enfants pour se construire une pensée cohérente après ce qu'ils ont vécu pendant les premiers mois ou premières années de leur vie. Dès qu'on leur propose un lien, ils se sentent tiraillés entre leur attachement à leurs parents et leur désir d'investir un adulte moins angoissant. Ceci rend les placements familiaux particulièrement vulnérables. Et les enfants sont confrontés en permanence à la question « comment vivre en ayant des parents fous ou maltraitants ? » Un enfant de neuf ans dont les parents, divorcés, sont tous deux paranoïaques, déclare au psychologue « j'ai honte

parce que j'aime ma maman. J'ai honte parce que vous voyez comment sont mes parents pendant les visites. Je dois me sacrifier en me mettant entre eux pour qu'ils ne se tuent pas l'un l'autre. Si je n'étais pas né, mes parents ne se disputeraient pas (cet enfant essaie régulièrement de s'étrangler) ». On mesure ici la complexité du lien avec les objets originaires.

Le rôle du psychologue clinicien est essentiel dans un tel dispositif de soins. C'est souvent auprès de lui que l'équipe exprimera ce qu'elle ressent face à la massivité des affects qui sont projetés sur elle par les parents et les enfants. Le psychologue aide à élaborer le cadre de séparation et de rencontre qui convient le mieux dans chaque situation, en s'appuyant essentiellement sur la clinique de l'enfant. Ces propositions devront être ensuite présentées de manière très argumentée au juge des enfants. Enfin, il aide les éducateurs et les infirmiers à donner un sens au matériel amené par les enfants lors de la prise en charge individuelle. Une expérience psychanalytique personnelle est nécessaire pour tenir cette place.

Le deuxième principe de travail est la mise en place de visites médiatisées : l'enfant ne rencontre pas ses parents seul car il risquerait d'être soumis à leur pathologie de plein fouet, ce qui entraînerait un important recul de ses progrès. Les visites ont toujours lieu en présence de deux intervenants, une infirmière ou éducatrice avec laquelle l'enfant a un lien, et un psychiatre ou psychologue qui est garant du cadre et très attentif aux mouvements affectifs du parent. Le contenu de ces visites médiatisées est élaboré ensuite avec l'enfant, et permet de comprendre la nature du lien qui lui a été proposé par ses parents : forçage, relation « vide » de la part d'un parent presque mélancolique, mère ayant le désir d'avoir un enfant comme une poupée, mais pas le désir d'être parent. C'est grâce à ces visites médiatisées qu'a pu être mis en évidence un mode de relation fréquent, la « séduction narcissique ». Il est en effet fréquent d'observer le phénomène suivant. Il suffit qu'enfant et parents soient laissés seuls une minute, par exemple à l'occasion d'un détour fait au secrétariat par les soignants afin de prendre leur carnet de rendez-vous, pour que s'établisse une intimité malsaine avec échange de paroles secrètes. Et ces paroles constituent presque toujours en la phrase « je vais te reprendre », dite de la part de parents qui savent qu'une telle reprise est impossible du fait des décisions du juge des enfants, ou qui ont expliqué par ailleurs à un membre de l'équipe qu'ils n'avaient pas l'intention de reprendre leur enfant car leur conjoint actuel ne le tolérerait pas, ou parce qu'ils n'ont pas de place chez eux, ou pour une autre raison ou prétexte. Cette petite phrase bloque l'évolution psychique de l'enfant dans la mesure où elle l'empêche d'investir d'autres projets, tâche déjà ardue pour lui. On mesure le poids de séduction que contient une telle phrase, séduction d'autant plus vénéneuse que cette phrase contient en elle-même l'affirmation inverse : « je ne te reprendrai pas », car pendant la séance, de tels parents montrent de manière répétitive comment ils « abandonnent » leur enfant, car ils se centrent exclusivement sur eux-mêmes et ne parviennent pas à s'intéresser à ce qu'il ressent. « Je vais te reprendre » est donc une relance fictive qui a pour effet de faire vivre à l'enfant une envie permanente, inapaisable puisque le lien proposé, c'est l'abandon, la chute hors du psychisme parental. À cela s'ajoute un interdit que l'enfant se sente bien sans eux.

Derrière de graves pathologies de la fonction parentale, il existe donc souvent une dimension de séduction narcissique (P.C. Racamier, 1991), relation de séduction de la part d'un adulte qui, au lieu de soutenir son enfant de manière vitalisante et de lui donner l'appui nécessaire pour affronter le monde, a pour but de le maintenir dans une relation de dépendance, d'éviter qu'il puisse se séparer psychiquement, ceci dans un climat souvent sexualisé et excitant pour l'enfant. Certes notre attention est souvent attirée par l'élément traumatique quantitatif, l'aspect maltraitance, les carences éducatives, l'abandon déguisé, les coups, l'incohérence des parents en proie à diverses toxicomanies, bref, l'aspect enfant en danger. Mais ceci risque de faire oublier un des aspects qualitatifs, qui est la jouissance que de nombreux parents tirent de leur relation avec leur enfant. Ainsi la mère de Sandra lui expose avec jubilation comment à l'adolescence, c'est elle qui coupait les veines de ses camarades qui voulaient faire des tentatives de suicide. Ceci est dit sur un ton qui signifie : « je te dis cela pour que tu ne fasses pas pareil, et en même temps pour que tu le fasses ». Ou la mère de Julien, six ans, l'informe du moment de ses règles, sans autres explications, et l'enfant se trouve face à l'énigme excitante et angoissante : « le sexe de ma mère saigne ». L'enfant est ainsi « recapté » sans cesse par le parent malgré les maltraitances. Et pour éviter d'être pris dans cette séduction, un garçon de huit ans se fait tondre les cheveux avant chaque visite médiatisée afin de ne pas être beau quand il rencontrera sa mère.

Cette gestion des rencontres n'est donc pas un travail « social », mais un authentique travail thérapeutique qui doit être fait par des thérapeutes formés à cette pratique. De plus, il est difficile de s'identifier à certaines formes de parentalité. Il s'agit d'un travail lourd, de résultat toujours aléatoire, mais ce n'est qu'à ce prix que certains enfants pourront se construire une identité et se sentir appartenir à un groupe humain, sans dépression, sans haine, et sans angoisses de diverses natures. Un des enjeux essentiels de ce travail est d'obtenir que ces enfants, devenus adultes, n'expriment pas leur violence sous la forme de conduites antisociales graves dont on connaît la fréquence actuellement.

Ces prises en charge nous confrontent aux limites de nos connaissances théoriques concernant la nature du lien primaire. La psychanalyse et la psychologie, comme la nature, ont horreur du vide, et il est plus aisé de proposer des théories bouche-trous, même si elles ne collent pas à la clinique, que d'accepter que nos outils conceptuels soient battus en brèche avec régularité.

Maurice Berger,
Professeur associé
de psychopathologie de
l'enfant à l'Université
Lyon 2, chef de service en
psychiatrie de l'enfant au
CHU de Saint Étienne et
Psychanalyste.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER M.,
« Les séparations à but
thérapeutiques », Dunod, 1992,
« L'enfant face à la souffrance
de la séparation », Dunod, 1997.

DAVID M.,
« Le placement familiale.
De la pratique à la théorie »,
E.S.F., 1989.

RACAMIER P.C.,
« Autour de l'inceste »,
Gruppo, 1991, 7, p. 49-67.

Dysparentalité et enjeux psychiques du maternage

La dysparentalité et les enjeux psychiques du maternage.

La dysparentalité entretient des liens plus qu'étroits avec le maternage car celui-ci réalise un espace où s'exacerbent des enjeux propres aux relations parents enfants, l'amour et la haine. Le maternage ou « action de materner », fait directement référence dans son étymologie à « la mère », et au « maternel ». La mère maternelle, le père et les autres membres de la famille ou de son groupe assurent aussi de tels soins, les nourrices, les professionnels de la petite enfance et des soignants ont aussi cette tâche. Le maternage peut être entendu comme l'ensemble des situations quotidiennes de soin dévolus au bébé, au nourrisson, pour lui permettre de grandir. Ces soins sont quotidiens, il s'agit de le nourrir, le baigner, le coucher, changer ses couches, etc., prêter attention à lui. Deux traits pour le définir, le maternage est :

1. une *situation intersubjective duelle*. Cette relation de couple contient à la fois le point de vue du bébé et celui de l'adulte. Nous devons résister au double écueil de considérer le bébé sans l'adulte et s'enfermer dans la « bébologie », ou au contraire de ne considérer que la mère et faire de la « maternologie » (J.-M. Delassus).

2. Le maternage est une situation objective de soins. L'existence réelle des soins et des actes le constituant côtoie la manière dont il est subjectivement vécu par le bébé et l'adulte. Quelques termes pour le caractériser :

— La dépendance : il s'agit d'une relation profondément dissymétrique dans la mesure où pour sa survie le bébé est en totale dépendance par rapport aux adultes. Du point de vue psychique cette dissymétrie existe entre la toute puissance du bébé et les capacités de l'adulte.

— Le corps et les pulsions : les soins portent essentiellement sur un corps érogène, ils induisent une profonde régression pulsionnelle des adultes dans la mesure où ils ont dû se construire en grande partie en refoulant les émois corporels propres au tout petit.

— L'attention et la préoccupation maternelle primaire : les soins demandent une attention soutenue au bébé, en deçà du verbal, sans limite au début entre la nuit et le jour. Winnicott parle d'un état particulier semblable à une « maladie », il existe d'ailleurs une sorte d'amnésie sur ces premiers temps du maternage.

— Un couple dans un groupe : le maternage prend place dans une relation privilégiée qui se crée dans un groupe sous l'impact de la venue au monde d'un nouvel être. Il se situe à une période où le bébé en quête d'identité bouleverse la donne familiale, chacun autour de lui est amené à repenser sa place (surtout les parents et la fratrie).

— Un « contenant » culturel : les pratiques du maternage sont des "techniques du corps" au sens de Marcel Mauss, elles sont culturellement définies pour une communauté et se transmettent de manière traditionnelle. D'une certaine manière la culture apporte des réponses devant la perte de limites qu'induit le nouveau-né.

Le maternage est ainsi un phénomène complexe qu'on ne saurait réduire de manière univoque. Pour les besoins de l'explication je distinguerai ici nettement deux potentialités qui l'habitent : celle d'une situation créatrice de lien qui de fait introduit à la parentalité, celle au contraire d'une situation suscitant la répétition d'une pathologie du lien qui introduit de fait à la dysparentalité. Mon propos sera simplificateur pour les besoins de la démonstration.

Le plaisir et la potentialité créatrice de liens

Un espace de créativité peut se développer entre le bébé et l'adulte en situation de maternage. Qui n'a pas été témoin, qui n'a pas éprouvé, cette situation d'émerveillement entre bébé et sa mère ! L'un et l'autre sont confondus sans se confondre, l'un et l'autre communiquent sans forcément « parler ». Plusieurs auteurs ont rendu compte d'une telle potentialité des premiers liens en des termes parfois bien différents. D.W. Winnicott a depuis longtemps attiré l'attention sur cette expérience d'une illusion partagée, d'une aire intermédiaire, espace potentiel de découverte de la réalité pour le bébé, grâce à « une technique de soin » suffisamment bonne. J. Bowlby a mis l'accent sur les phénomènes d'attachement, François Dolto sur la parole et le corps, Brazelton sur les interactions, les compétences et l'enveloppe, D. Stern sur la transmodalité de la communication. Geneviève Appell et Myriam David avaient décrit des patterns entre mère et bébé, Serge Lebovici avait montré que le bébé crée là sa mère dans une spirale qu'il avait qualifié de transactionnelle, D. Meltzer a introduit la notion du plaisir esthétique que le bébé découvre dans les profondeurs des yeux de sa mère etc... La sexualité est présente dans cette relation à deux, elle vivifie le lien. S. Freud a découvert l'importance de la séduction maternelle et du plaisir érogène du bébé. Les échanges mutuels s'inscrivent dans un rythme, dans un « plaisir partagé », dans des répétitions qui s'ouvrent à l'inconnu. Le partage du plaisir signe la présence des désirs des sujets, d'une réciprocité d'un lien d'amour qui donne fluidité et richesse aux interactions précoces. Les besoins « objectifs » du bébé peuvent être ici suffisamment satisfaits car la mère est en contact avec la réalité psychique du bébé. En suivant W.R. Bion, cet état d'esprit correspond au modèle d'une relation où des pensées peuvent être créées dans cette rencontre entre un bébé en quête de sens et une mère pouvant l'associer dans « sa rêverie ». Sur cette base, l'enfant pourra ensuite répéter pour lui-même la satisfaction des échanges. La succion du pouce devient par exemple la source d'un plaisir dit « auto-érotique », il signe l'investissement libidinal du corps, la reprise par l'enfant pour lui-même d'un plaisir initialement partagé avec sa mère, avec l'objet libidinal. Il en est de même du plaisir de se mouvoir, d'explorer l'environnement, puis plus tard de se nourrir, d'acquiescer la propreté sphinctérienne. L'image inconsciente du corps de l'enfant se construit dans ces liens de communication, portés par le désir de la mère, le « Moi-peau » de l'enfant se constitue grâce à ces soins maternants et sa pensée se développe. La parentalité se soutient d'une telle rencontre. Se sentir parent c'est éprouver la création de tels liens avec son enfant.

Répétitions et disqualification du lien

Le maternage est également une situation où s'actualisent des fonctionnements pathologiques. Je mettrai ici particulièrement l'accent sur un processus qui « soude » l'intersubjectivité. Dans le maternage l'adulte peut reproduire à l'identique des éléments bruts, non métabolisés, de traumatismes passés. Cette répétition de plaisirs transgressifs ou omnipotents introduit avec force le narcissisme et la haine dans les liens du maternage. La réalité des besoins du bébé est ici niée, son « point de vue » est complètement transformé par « le point de vue » de l'adulte : le « bébé réel » tend à être conforme à « l'enfant imaginaire » du maternant... L'adulte est ainsi le premier initiateur de cette tendance. Il manifeste une intolérance excessive à l'occasion d'un geste du bébé, (un type de regard, un mouvement d'opposition, le signe d'une régurgitation, un suçotement, etc.) ou d'une situation particulière (pour le repas, la propreté ou le sommeil, un accès de fièvre etc.) Il réagit en ne pouvant contenir l'éventuel mal être du bébé, en inscrivant ses affects ou en se servant du bébé pour extérioriser ses impulsions, il réagit comme sous l'impact d'une reviviscence de situations passées porteuses de ses propres souffrances. À l'occasion du maternage se transmettent ainsi des ruptures, des confusions de liens qui ont marqué le parent. Pour une part ce sont des phénomènes de transmissions inconscientes entre générations (schématiquement ce que l'une n'a pas « digéré », l'autre le reçoit malgré elle en héritage, brute de sens). Pour une part se trouvent actualisés les rapports avec le géniteur de l'enfant. Le contexte immédiat du maternage intervient toujours en étant plus ou moins défaillant, en exacerbant les difficultés internes de cette relation duelle. Action ponctuelle ou situation endémique, tous les degrés de violence et d'occurrence sont possibles. Du cas bénin d'insomnie ou d'une anorexie d'opposition passagère, au cas de dépression à celui des enfants maltraités ou carencés, les degrés et les manifestations symptomatiques sont variés. De par ses compétences le bébé peut induire chez le parent une difficulté d'échange en étant « insuffisamment bon » : sa prématurité, un handicap, un éveil plus lent etc. mais ceci est toujours repris par la problématique familiale. Il va de soit que cet éventail est d'autant plus large que l'ensemble de la personnalité du parent est perturbé.

Dans un premier temps le bébé ne peut que vivre passivement ce débordement et tenter de s'en protéger. La création du symptôme participe de cette tentative. Ses interactions peuvent se modeler sur celle du parent. On note d'ailleurs que les soignants sont amenés face aux enfants maltraités à éprouver malgré eux des sentiments de rejets : la haine est présente dans le lien du maternage. Ces répétitions empêchent l'établissement d'un lien vivant dans le maternage, elles sont nocives car elles nient l'être même du sujet, son altérité. Le bébé continue à porter les traces de cette effraction, il risque à son tour d'agir ces ruptures ou confusion du lien.

Devenir père, devenir mère est un trajet qui passe par une métabolisation de certaines répétitions qui ainsi seront contenues et neutralisées. La dysparentalité peut être conçue comme cette autre face où le parent ne peut se positionner comme parent avec son enfant. Si cette tendance devient dominante l'enfant est en danger, le maternage ne peut « s'autoréguler » sans aide extérieure.

Maternage et « espace de contenance »

Cette étude du maternage vise à mettre en relief comment il influe sur la parentalité. Cette double

potentialité peut être décrite à la suite de Bion comme une « relation contenant-contenu ». Dans le premier cas le lien qui se crée peut être qualifié de « symbiotique » : il se développe pour le bénéfice de l'un et l'autre, l'identité du bébé se construit dans le même temps que celle du parent. Notons ici que l'intimité de cette situation admet la présence du tiers (et effectivement un tiers peut être présent aux soins s'il est suffisamment attentif au bébé). Dans le second cas le lien peut être qualifié de « parasitique », c'est une relation qui peut admettre un troisième terme mais qui a des conséquences funestes pour l'un et l'autre, le parent se disqualifie comme parent dans le même temps où il nie la souffrance du bébé. Entre ces deux pôles extrêmes il existe toute une série de liens qui n'ont pas véritablement d'effets transformationnels sur l'un des partenaires, il s'agit de liens « commensaux ». Le maternage inclut ici toute une part de routine ou de rites permettant la protection ou la coexistence des deux psychismes intimement en présence dans ce soin.

Selon la conscience et les possibilités du parent, différents soins sont possibles. Parfois un travail en consultation père-mère-enfant peut suffire pour contenir les répétitions : il est possible de travailler classiquement en privilégiant la voie associative verbale et de faire ainsi référence aux situations de maternage. Les thérapies brèves impulsées par Bertrand Cramer et la notion d'interaction fantasmatique montrent que dans ce cadre les éléments non-verbaux du maternage peuvent resurgir et être travaillés avec profit.

Parfois, ceci ne suffit pas, le lien parent-enfant doit être plus activement soutenu. Le maternage peut devenir en lui-même un moyen thérapeutique. Il s'agit alors de permettre au parent d'éprouver le fait d'être parent lorsque du lien se crée entre lui et son enfant à l'occasion des soins quotidiens. Selon les situations et leur gravité, différents dispositifs peuvent être « bricolés » : dans les visites à domicile, le soignant porte l'attention au bébé dans ses liens avec la mère (ou à la mère dans ses liens avec son bébé), dans les cas d'hospitalisation conjointe, la présence du soignant soutient la mère, dans des cas de prise en charge institutionnelle de l'enfant, celui-ci bénéficie de soins privilégiés en attendant que ceci soit possible pour le parent, en cas d'hébergement mère-enfant une crèche peut accueillir les bébés et servir d'espace où le parent peut sentir le développement d'autres liens avec son bébé etc. Ceci s'accompagne d'un travail de consultation et de différents dispositifs possibles de groupes mères-bébés. Tous ces dispositifs ont la caractéristique de privilégier l'attention à la situation intersubjective plus que son évocation et son interprétation. Des formations particulières sont souvent nécessaires pour ce type de travail. Les éléments du maternage sont forcément repris dans toute cure, où ils peuvent même s'actualiser comme avec « la pomme » de Sechehaye ou « la couverture » de la patiente de Winnicott, mais avec le tout petit il s'agit d'abord de pouvoir contenir les éléments psychiques bruts présents entre le parent et son bébé. L'idée « d'espace de contenance » met ici l'accent sur ce travail intersubjectif nécessaire en cas de failles sérieuses dans l'identité parentale¹.

Denis Mellier,

Maître de conférences
à l'Université Lumière Lyon 2.

1. Le lecteur peut se référer aux « classiques » de la petite enfance (Cf. le *Bibliofil Petite Enfance Canal Psy*, mai juin 1996) ainsi qu'au numéro 137 de *Dialogue* sur « Plaisir et répétition du maternage » (1997, très proche de ce thème) et à l'article sur « Le rôle de l'attention dans la prise en charge des bébés en institution : approche clinique et théoriques », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 28, 1998. Vous pouvez sinon me contacter pour une demande plus particulière.

Répétitions transgénérationnelles des défaillances parentales

Quelques réflexions

Le travail clinique, lorsqu'il a pour objet les relations parents/enfants, confronte régulièrement à l'expérience de la répétition des défaillances parentales. Il est classique de constater qu'un parent maltraitant a été un enfant maltraité, qu'un parent qui voit ses enfants placés a été lui-même un enfant placé, qu'un parent qui échoue dans son expérience de la parentalité a été un enfant qui a souffert d'avoir des parents en échec dans leur fonction parentale. Le travail clinique conduit à rencontrer ces situations où l'échec se répète, même si la répétition, par ailleurs, n'est pas inéluctable. Comment comprendre cette répétition ? Quels modèles peut-on construire pour rendre compte de ces processus de répétition transgénérationnelle de telle dysparentalité ?

Concernant tout d'abord la répétition, on peut construire différents modèles, ou différentes déclinaisons d'un même modèle à partir des conceptions de Freud ou de certains de ses énoncés.

Un premier énoncé consiste à dire que la répétition évite le souvenir. La répétition se produit à la place du souvenir, elle consiste à traduire en actes ce dont le sujet n'a aucun souvenir, ou ce dont il résiste à se souvenir. C'est ce qui caractérise le transfert. Mais si la répétition évite le souvenir, on peut dire qu'elle est aussi une modalité de souvenir. La répétition, tel un compromis névrotique, commémore ce qu'elle cherche à oublier.

Une deuxième proposition consiste à dire que la répétition traduit une fixation à une expérience traumatique. Le traumatisme précoce a deux effets : soit l'évitement de telle sorte qu'aucun élément de la situation traumatique ne puisse être mémorisé ni répété, soit la contrainte à répéter l'expérience traumatique, à la rendre réelle, à la faire revivre. On peut dire que la répétition est au service d'une recherche de maîtrise de l'expérience traumatique.

Si la répétition a comme objet la maîtrise d'une expérience traumatique, elle traduit par là même une tentative d'appropriation. Le traumatisme a fait effraction, a débordé les capacités d'appropriation du sujet, et par la répétition le sujet témoignera à la fois de l'échec de ses capacités d'appropriation, de subjectivation, et de sa tentative d'appropriation, laquelle conduit davantage à une maîtrise qu'à une appropriation. On peut dire que la répétition témoigne à la fois d'une tentative d'appropriation ou de symbolisation et d'un échec de la symbolisation.

La maîtrise d'une situation traumatique peut s'obtenir par un processus de retournement, le sujet devenant actif là où il a subi passivement. La répétition use ici du modèle développé par certains de l'identification à l'agresseur : le sujet se soustrait au traumatisme en l'infligeant à d'autres, et il se venge par là même de son objet traumatisant.

Enfin, autre modèle, la répétition peut satisfaire un sentiment inconscient de culpabilité. La culpabilité précoce d'avoir menacé un objet d'amour ou d'avoir détruit un objet perdu est apaisée par la répétition de l'échec à développer la créativité dont l'objet lui-même a manqué.

À partir de ces modèles, ou de ces différentes propositions, comment peut-on comprendre ou se représenter les enjeux des répétitions transgénérationnelles des faillites de la parentalité ? Je ferai quatre séries de propositions.

1 — On peut d'abord dire que la répétition sert une exigence identificatoire : lorsqu'un sujet a connu un parent défaillant et qu'il répète la relation défaillante, il s'identifie au parent défaillant. Le sujet reproduit le seul mode de relation qu'il connaisse. « On ne peut pas donner ce qu'on n'a pas reçu », comme dit S. Resnik.

L'enfant qui a souffert d'une relation traumatique à ses parents cherchera par ailleurs, par la répétition, à se soustraire au traumatisme. La répétition témoigne d'une fixation au traumatisme qu'elle commémore, et d'une tentative d'échapper au traumatisme par l'identification à l'agresseur. Le sujet tentera de contrôler le traumatisme en étant actif là où il a subi passivement. La répétition le conduira, paradoxalement, par le fait de faire vivre à d'autres (ses enfants) ce qu'il a lui-même vécu, à se venger de son objet insatisfaisant, traumatisant, maltraitant.

En outre, l'enfant qui a manqué d'amour a développé l'idée, la conviction selon laquelle s'il n'est pas aimé c'est qu'il n'est pas aimable. D'enfant non aimable il devient un parent non aimable et non aimant. Il reste dans cette expérience interne de ne rien pouvoir réussir, car il n'a pas réussi à gagner ce qui pourtant lui était dû : l'amour de ses parents. Comment être un bon parent quand on a l'expérience de n'avoir été pour ses parents qu'un mauvais enfant ?

2 — Si la répétition répond au traumatisme qu'elle fixe, tout en cherchant une maîtrise et une vengeance, et en satisfaisant une exigence identificatoire, on peut

dire aussi que la répétition est l'effet d'une tentative de réparation, réparation qui échoue. Un parent qui a connu enfant une maltraitance, qui a manqué d'amour, de tendresse, de compréhension, de reconnaissance, attendra de son enfant ce qu'il n'a pas eu de ses parents. Le parent attendra de l'enfant qu'il répare sa propre expérience infantile de détresse.

Tout parent a toujours une telle attente devant son enfant. Mais lorsque la demande est démesurée, lorsque le parent ne supporte pas la grande dépendance du bébé parce qu'il attend de son bébé qu'il le gratifie en permanence, qu'il lui témoigne de la tendresse, qu'il le rassure et le console, cette attente sera forcément déçue. Lorsque le désir de réparation est si fort qu'il se substitue à l'écoute de l'enfant réel, il entraîne inévitablement pour le parent un cortège de déceptions et de frustrations. Le bébé, même s'il était très désiré, investi, attendu, mythiquement attendu, deviendra un objet persécuteur, de par la déception qu'il produit et le dépit qu'il éveille.

Par ailleurs, lorsque le parent a l'expérience intime d'avoir été non aimé, abandonné, et qu'il est dans une telle attente par rapport à son enfant, lorsqu'il attend que l'enfant soit une mère pour lui, il vivra l'individuation et l'autonomisation de l'enfant comme une nouvelle expérience d'abandon. L'enfant sera alors d'autant plus désinvesti qu'il devient autonome. Le processus d'individuation et d'autonomisation sera vécu comme une réactivation du vécu d'abandon. Le parent développera de l'hostilité par rapport à l'enfant, et ainsi se répétera l'échec.

Si l'enfant mythique, imaginaire, était attendu, désiré, l'enfant réel lui sera maltraité, non aimé, placé,... L'image ou le symbole de l'enfant est investi, ce qui conduit par exemple le parent à énoncer un amour sans faille pour l'enfant, amour authentique et sincère. Mais cet amour s'adresse à un enfant imaginaire. L'enfant réel, lui, parce qu'il est décevant, persécuteur au regard des besoins narcissiques du parent, est abandonné.

3 — On peut dire aussi que lorsque le parent a connu une relation infantile à ses premiers objets défaillante, et lorsque se présente à lui une exigence impérieuse de réparer ce manque, de faire en sorte que son enfant n'éprouve et ne manifeste aucun manque, afin d'éviter tout souvenir de sa propre expérience traumatique, le parent développera un idéal écrasant face auquel il ne pourra qu'être en échec. En effet, l'enfant ne peut jamais ne jamais manquer. Si l'enfant ne manquait jamais, il ne pourrait pas se développer. C'est parce qu'il manque qu'il peut penser, qu'il peut parler, qu'il peut grandir. Or, la moindre manifestation de manque chez l'enfant sera vécue par le parent comme une persécution, comme une profonde disqualification de ses compétences parentales. Il en sera violemment culpabilisé. La moindre demande de l'enfant, la moindre insatisfaction de l'enfant, le moindre signe de souffrance provoquera un profond désespoir chez le parent, car il sera renvoyé à sa propre détresse infantile. Pour éloigner et faire taire ce sentiment persécuteur, le parent développera une hostilité à l'égard de l'enfant, car il lui en voudra de le mettre en échec, de le mettre en situation de ne pas pouvoir satisfaire son projet idéal. Plus le parent a besoin que l'enfant ne manque pas, ne souffre pas, et plus le moindre manque exprimé par l'enfant est persécuteur et source de souffrance.

L'enfant, d'ailleurs, repérera ce qui est en souffrance chez le parent, et il pourra exercer sur lui une emprise sadique, en développant un symptôme ou un comportement visant à provoquer et à disqualifier les capacités parentales, à exciter le sentiment d'échec. Le plaisir sadique de faire souffrir son parent là où la souffrance lui est le plus insupportable, parce qu'elle n'est pas élaborée, parce qu'il y est aliéné, ce plaisir sadique représente un important bénéfice secondaire pour l'enfant, qui va entretenir et fixer le symptôme par lequel se noue le lien singulier qui l'unit à son parent. Le symptôme persistera tant que le parent n'aura pas élaboré pour lui-même la douleur de son expérience infantile, expérience qu'il remet en jeu, qu'il réactualise dans l'histoire du lien avec ce nouveau venu qu'est son enfant, nouveau venu qui se voit porteur d'une charge et d'une mission qui le dépassent.

Donc, lorsqu'un parent reproduit un lien traumatique, une relation d'échec avec son enfant, ce n'est pas tant parce qu'il a été traumatisé que parce qu'il a une attente déplacée vis-à-vis de son enfant, de qui il attend trop qu'il répare le traumatisme que lui-même a subi, traumatisme réactivé à chaque inévitable déception dont l'enfant est à l'origine. L'enfant est alors l'objet d'une désillusion trop brutale. L'illusion que tout enfant est chargée de maintenir, dans sa mission d'avoir à héberger le narcissisme parental, à réparer les blessures narcissiques de l'histoire infantile du parent, est ici brutalement démentie. L'enfant ne fait pas l'objet d'un désillusionnement progressif dans lequel se construit la parentalité, par la rencontre progressive avec l'altérité du bébé, mais il devient brutalement un enfant persécuteur.

4 — On peut dire, enfin, que lorsqu'un parent a connu une relation de maltraitance avec ses propres parents, et lorsqu'il affirme ne pas vouloir reproduire un tel lien, il témoigne du poids de la haine qu'il a développée à l'égard de ses propres parents, haine qui peut être plus ou moins intégrée, plus ou moins travaillée par l'ambivalence. Une telle haine produit nécessairement de la culpabilité, elle aussi plus ou moins intégrée.

La répétition de l'échec répond ainsi à ce sentiment de culpabilité qu'elle apaise : « Je n'ai pas fait mieux que mes parents, je ne peux pas mieux faire ». Le sujet se dédouane par cet échec de la dette à l'égard de ses premiers objets d'investissement et d'attachement.

La répétition peut aussi répondre à un sentiment de culpabilité plus primaire (cf. R. Roussillon), responsable d'une conviction profonde chez le sujet d'être foncièrement mauvais, de ne pouvoir créer que du mauvais, car ses expériences primitives de rencontre avec l'extériorité, avec le monde, se sont produites et répétées dans un contexte tel qu'il n'a pu que forger la conviction que rien d'autre ne peut être créé qu'un environnement hostile, abandonné ou abandonnant, détruit ou destructeur.

La culpabilité inconsciente, à ces différents niveaux, contraint à la répétition.

Voilà esquissés quelques modèles, quelques hypothèses, pour se représenter ces énigmatiques répétitions des défaillances parentales.

Albert CICCONE,

Maître de conférences
à l'Université Lumière Lyon 2.

BIBLIOFIL

Anorexie - Boulimie Bref survol historico-clinique

S'il est un domaine où les publications abondent et se bousculent, c'est bien celui de l'anorexie (mentale)¹, et de son envers la boulimie (nerveuse)², à croire qu'il s'agit là, chez les auteurs, inconsciemment tout du moins, de combler, colmater ce vide et ce manque (à être surtout) qu'anorexiques et boulimiques, chacune(s) à leur manière, vivent à leur corps défendant. Cette pléthore ou productivité scientifique serait donc là effet de la rencontre intersubjective, en regard du spectre de la mort (ou de la pulsion de mort à tout le moins) bien présent dans ces troubles.

Pourtant, il faut signaler de suite que la psychopathologie alimentaire est loin de se réduire à ces deux seuls troubles. Celle-ci recouvre en effet maintes autres formes variées de comportements, dont on peut dire qu'ils vont du « tout » au « rien » en passant par le « n'importe quoi » (apparemment). Polyphagie, hyperphagie, grignotage perpétuel, syndrome de la fringale nocturne, ingestions d'objets non comestibles,... prennent ainsi place dans cette vaste palette des psychopathologies alimentaires et constituent la clinique ordinaire, certes chacun de ces troubles selon des degrés divers de fréquence. Or ces hyperphages, ces gros mangeurs, ces grignoteurs, tous ces autres patients sont plus que méconnus, pour ne pas dire oubliés (au moins dans les livres !) ; leurs troubles sont relégués, ainsi que l'écrit G.APFELDORFER, « en situation de parents pauvres, indignes de théorisation » (1991). Serait-ce donc au reflet de réalités, de constats épidémiologiques ? C'est-à-dire d'une fréquence et d'une propension constante de la pathologie anorexique-boulimique sur ces autres troubles ? Peut-être, mais peut-être pas seulement, comme nous l'émettions plus haut. Alors qu'en est-il au juste aujourd'hui de la réalité clinique de l'anorexie et de la boulimie ?

Les études, épidémiologiques notamment, mettent en avant la progression constante de ces deux troubles dans les sociétés modernes, occidentales et industrialisées. Véritable fléau, comparé à une épidémie par certains, « forme contemporaine du malaise dans la civilisation », anorexie et boulimie apparaissent à certains égards, au sein de nations enrichies, comme la dîme à payer pour un excès de bonnes chères. Joli pied de nez en somme à une

société de (sur)consommation ! Pour rendre compte de la majoration contemporaine de ces troubles, certains (R.A.GORDON, 1990 ; A.GUILLEMOT, M.LAXENAIRE, 1993) n'hésitent pas à incriminer les actuels canons de la beauté (tous sexes confondus) : l'injonction sociale à être mince serait telle, tellement despotique, qu'elle contraindrait l'individu à réduire ses appétits et à modeler son corps, en dehors de tout principe de réalité (la réalité de la constitution biologique de l'homme étant, en l'occurrence, d'avoir un peu de lard !). Or anorexie et boulimie ont de tous temps et en tous lieux (ou presque) existé, indépendamment des modes et courants esthétiques prônés, montrant ainsi la part déterminante d'autres facteurs dans ces conduites, parmi lesquels : les facteurs intrapsychiques et des conflits psychoaffectifs dans ces conduites — le facteur biologique s'avérant quant à lui bien limité dans ces affections, ce qu'ont bien saisi les cliniciens qui en début de siècle abandonnèrent l'hypothèse endocrinienne au profit d'une approche nettement plus psychodynamique de ces troubles. Dans ce cadre, un premier débat émergea afin de savoir si l'anorexie mentale était un symptôme, un syndrome ou bien une structure mentale à part entière, soit alors un véritable mode d'organisation psychique et non plus état de désorganisation.

Historiquement — et avec S.FREUD par exemple — le trouble alimentaire (refus de manger comme raptus boulimique) fut d'abord appréhendé comme une formation névrotique, hystérique notamment — la problématique sexuelle se déplaçant chez le sujet du bas (sphère génitale) vers le haut (sphère orale) — puis comme élément s'inscrivant dans une dynamique dépressive, voire mélancolique³.

L'anorexie se détacha ensuite progressivement des grands syndromes connus pour acquérir un statut d'entité nosologique spécifique, ayant particulièrement à voir avec la problématique de l'adolescence — comme d'ailleurs le suggère la survenue élective de ces troubles à ce moment là précis du développement du sujet. L'âge du sujet (entre 13 et 18 ans pour

l'anorexie ; entre 18 et 25 ans pour la boulimie) constitue d'ailleurs pour certains cliniciens un des critères participant aux diagnostics d'anorexie mentale et de boulimie nerveuse. Dans ce contexte de l'adolescence ou post-adolescence, l'anorexie (-boulimie) apparaît alors comme un (ré)aménagement particulier de la personnalité - B.BRUSSET (1995) parle même d'un « mode de structuration psychique original » — , sous l'impact du flux pulsionnel activé par la puberté certes mais plus encore par la crise adolescente et les différents conflits identitaires et relationnels alors drainés, réactualisés. À la suite, on s'accorde à reconnaître que la génitalité et, avec elle, la réactivation des désirs et conflits œdipiens constituent certains facteurs déclenchants de ces troubles alimentaires. Anorexie et boulimie, prépondérantes chez l'adolescente, apparaissent ainsi pour certains auteurs, comme refus de la féminité. Selon J.ANDRE (1995), par exemple, la féminité ou plutôt la passivité liée à celle-ci s'avère problématique chez l'adolescente (« future ») anorexique parce qu'elle vient réveiller chez le sujet un premier vécu traumatique, vécu de passivité originaire lors de la première relation à l'autre, à l'objet maternel, cette relation primaire ayant laissé l'enfant aux prises avec des vécus d'intrusion, d'effraction de son corps — et de son intégrité donc — ainsi qu'avec des angoisses très primitives. Cette thèse très récente a le mérite de reformuler la problématique orale, archaïque, du lien à l'objet primaire jusqu'alors prévalente dans l'explication de ces psychopathologies alimentaires et qui, plus est, le mérite de lier les deux niveaux de conflits identificatoires, primaire et secondaire, également en jeu dans ces troubles.

D'autres spécialistes, comme P.JEAMMET (1996, 1997), insistent sur la problématique de dépendance du sujet (anorexique-boulimique) vis-à-vis des objets parentaux et l'impossible distanciation affective d'avec ceux-ci. À cet égard, des recherches et réflexions très contemporaines soulignent justement les liens qu'entretiennent (sur le fond plus que sur la forme) anorexie et boulimie avec les pathologies addictives, le sujet anorexique-boulimique se trouvant, à l'instar du toxicomane, pris, pour ne pas dire aliéné, dans un rapport de dépendance à un objet (ici, l'aliment)⁴, cette addiction étant révélatrice de sa difficulté à vivre et élaborer le manque, la perte, à faire le deuil de l'objet (B. BRUSSET, 1985 ; J-L. VENISSE, 1990).

En lien, d'autres travaux contemporains mettent en évidence chez ces patient(e)s un défaut de la mentalisation, signe d'une économie dominée par l'agir et l'investissement de la sphère comportementale au détriment des activités psychiques.

B. BRUSSET remarque encore dans ces pathologies l'importance de la problématique narcissique, laquelle est directement fonction de la dimension objectale qu'elle vient contre-investir, aboutissant ainsi à un antagonisme entre ces deux courants.

Enfin, tous ces travaux largement psychanalytiques ne s'opposent pas radicalement aux thèses systémiques selon lesquelles anorexie et boulimie s'inscrivent aussi dans des fonctionnements familiaux

très caractéristiques (S. MINUCHIN). M. SELVINI-PALAZZOLI (1996) a très récemment montré que les parents de l'anorexique présentaient entre eux des modalités interactives très singulières, au sein desquelles l'anorexique vient subjectivement se positionner : en l'occurrence, vient se positionner juste au milieu du couple parental et de leur conflit. Et si elle vient précisément s'y loger, c'est aussi parce qu'elle est conviée à cette place par ses deux parents — plus ou moins directement. À cet égard, il apparaît, comme le courant systémique l'a montré depuis déjà fort longtemps que le patient — ici anorexique — joue un rôle dans l'équilibre conjugal et familial comme dans la régulation, certes psychopathologique, de celui-ci.

La place du corps dans ces deux psychopathologies comme dans bien d'autres (obésité, alcoolisme, toxicomanie, somatisations, ...) n'est pas enfin sans soulever encore quelques interrogations : en effet, que penser de ce surinvestissement (investissement en négatif dans l'anorexie) de l'enveloppe corporelle chez le sujet ? Avec l'anorexie, la boulimie, n'est-t-on pas d'emblée confronté au registre psychosomatique, c'est-à-dire au fond à cette épineuse question, déjà posée par S. FREUD, des rapports entre ces deux faces de l'entité et du fonctionnement humains que sont la psyché et le soma. De nature hétérogène, ceux-ci sont-ils pour autant foncièrement antinomiques ? La question reste ouverte, dépasse le seul cadre des psychopathologies alimentaires, et appelle à d'autres développements...

Nathalie DUMET, Maître de Conférences en Psychologie Clinique à l'Université Nancy 2, chargée de cours, Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon 2.

1 — Laquelle se définit comme une restriction volontaire du sujet de s'alimenter. Il ne s'agit donc pas une perte d'appétit contrairement à ce que l'étymologique grecque du terme (orexis) laisserait suggérer. Ce refus de manger s'accompagne d'un amaigrissement rapide et important et d'une aménorrhée, formant ainsi la « triade symptomatique » (P. JEAMMET), véritable trépied de ce trouble.

2 — Celle-ci consiste, chez le sujet, en une absorption rapide, en un temps très court, d'une énorme quantité de nourriture non motivée par la faim physiologique. Ce comportement cesse sous l'effet de l'écoeurement (et non de la satiété donc) et lui succèdent des vomissements provoqués par le sujet et/ou l'utilisation intempestive de laxatifs et diurétiques destinés à éliminer les effets grossissants de la précédente prise alimentaire. La boulimie est un mouvement d'ingestion alimentaire qui s'impose au sujet, contraint celui-ci, le met dans l'impuissance totale, ce qui l'empêche de réfréner ce « faux appétit » selon la formule de LASEGUE.

3 — Et la boulimie serait ici le contrepoint maniaque.

4 — Objet investi en négatif, chez l'anorexique, mais tout tourne chez lui/elle, autour de cet objet-nourriture qu'il /elle ne veut pas avaler.

Bibliographie commentée sur Anorexie et Boulimie

AIMEZ (P.), RAVAR (J.), Boulimiques. Origines et traitements de la boulimie, Paris, Ed. Ramsay, 1988. Ouvrage de vulgarisation à certains égards, mais néanmoins très agréable à lire. Offre des points clairs et détaillés sur les aspects historiques, épidémiologiques, physiologiques, psychopathologiques et thérapeutiques du mal boulimique. Idéal pour débiter.

APFELDORFER (G.), Anorexie, boulimie, obésité, Paris, Flammarion, coll. Dominos, 1995. Petit mais concis, ce livre permet de se faire une représentation rapide mais solide des différents travaux et approches psychologiques de ces troubles. L'auteur souscrit lui à une approche phénoménologique et cognitive. Sa thèse de « l'hyperempathie » du sujet boulimique, hyperphage ne s'avère nullement contradictoire avec les hypothèses psychanalytiques.

BRUCH (H.), (1973) Les yeux et le ventre. L'obèse, l'anorexique et moi dedans, Paris, Payot, 1975, ainsi que L'énigme de l'anorexie, Paris, P.U.F., 1979. Des incontournables ! Même si le « défaut d'apprentissage » incriminé par l'auteur dans ces psychopathologies laisse vraiment aujourd'hui sur sa faim... !

BRUSSET (B.), « Anorexie et boulimie dans leur rapport avec la toxicomanie », in sous dir. de G.BESANCON et M.SAPIR, L'anorexie mentale aujourd'hui, Grenoble, La pensée sauvage, 1985, pp.125-157. Excellent travail de réflexion sur ce qui lie — fondamentalement — toxicomanies usuelles et toxicomanies alimentaires. Voir aussi de cet auteur ses deux — récentes et synthétiques — contributions dans le Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent, Tome 2 (Paris, P.U.F., 1995), de S. LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE (sous dir de), « L'anorexie mentale des adolescentes » (pp. 1693-1711) et « La boulimie » (pp. 1713-1721)

GUILLEMOT (A.), LAXENAIRE (M.), Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture, Paris, Masson, 1993. Si le déterminisme social ne doit nullement être éludé dans l'étiologie de ces troubles alimentaires, peut-être convient-il néanmoins de le relativiser...

IGOIN-APFELBAUM (L.), (1979) La boulimie et son infortune, Paris, P.U.F., 1981. Enfin la boulimie sort de l'ombre ! Le premier ouvrage français entièrement consacré à l'approche psychanalytique de la boulimie. Un peu complexe de prime abord pour le néophyte. Mais extrêmement riche (et source) de réflexions sur les ressorts de la voracité boulimique entre mélancolie et hystérie - entre autres choses.

JEAMMET (P.).

- « Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance, Confrontations psychiatriques, 1981, 31, pp. 177-202

- « L'anorexie », suivie de « Psychopathologie de l'anorexie mentale », EMC Psychiatrie, 1984, 3, 3735A10, 29 p.

- « Traitement des troubles du comportement alimentaire », In S. LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE (sous dir de), Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Tome 2, Paris, P.U.F., 1995, pp. 1723-1730 Un des grands spécialistes français sur ces questions alimentaires de l'adolescence. P.Jeammet, psychiatre-psychanalyste, a particulièrement contribué à la description clinique du trouble anorexique, d'une part, et à la mise en relief de la problématique de la séparation et de son évitement dans ces agirs alimentaires, d'autre part.

KESTEMBERG (E.), KESTEMBERG (J.), DECOBERT (S.), La faim et le corps, Paris, P.U.F., 1972. Là encore un classique. A noter le concept d'« orgasme de la faim » forgé par les auteurs pour rendre compte de l'érotisation de la sensation de faim chez l'anorexique. Où le manque de l'objet vital (alimentaire) apparaît paradoxalement comme une lutte vitale pour la (sur)vie psychique.

MAINE (M.), Anorexie, boulimie, pourquoi ? Troubles de la nutrition et relation père-fille : faim de père, soif de contact, Barret-leBas, Le souffle d'or, 1995. Intéressant par cette réintroduction du rôle du père dans la psychogenèse de ces troubles alimentaires trop souvent réduits aux avatars de la relation primaire mère-enfant.

Monographie de la Revue Française de Psychanalyse, « La boulimie », Paris, P.U.F., 1991. Contributions d'auteurs et de spécialistes sur la question boulimique. Après les hypothèses hystériques, la problématique narcissique et celles de l'agir et de l'addiction apparaissent plus que jamais centrales chez le/la boulimique.

RAIMBAULT (G.), ELIACHEFF (E.), Les indomptables. Figures de l'anorexie, Paris, O.Jacob, 1988. Les auteurs présentent l'analyse de quatre grandes figures - anorexiques - de l'histoire et de la mythologie (l'impératrice Sissi, l'héroïne Antigone, la philosophe Simone Weil et la sainte Catherine de Sienne). Et montrent combien la présence d'anorexies à toutes époques n'est pas tant liée à l'impact d'un système socioculturel donné mais révèle bien plutôt, et toujours, la difficulté d'un sujet à exister entre besoin, demande et (non)désir.

SELVINI-PALAZZOLI (M.), « Une approche systémique de l'anorexie mentale : nouvelles perspectives », in Les Langages du corps, sous dir de L. ONNIS, Paris, ESF, 1996, pp. 87-105. Devant l'insatisfaction et certains échecs des méthodes paradoxales, M.SELVINI propose aujourd'hui un modèle de l'anorexie mentale de la jeune fille originé dans les jeux relationnels intra-familiaux et plus précisément dans les interactions défectueuses du couple parental. Où il apparaît aujourd'hui qu'il n'est plus tabou de faire dialoguer le modèle systémique avec les hypothèses intrapsychiques.

VENISSE (J-L.), L'anorexie mentale, Paris, P.U.F., série Nodules, 1987 et Les nouvelles addictions, (sous dire de) Paris, Masson, 1990. Dans cette perspective de l'anorexie-boulimie comme toxicomanie sans drogue... et, au-delà, des défenses érigées contre le vide et le manque.

Ne pas oublier la littérature romanesque ainsi que les récits et témoignages qui complètent et étayent très finement les travaux théoriques. Tels :

BRISAC (G.), Petite (roman), Paris, Ed. L'Olivier, 1994

DELORME (S.), Maigrir à en mourir. Témoignage sur l'anorexie, Paris, Edition n°1, 1996

LACAMP (Y.), Une jeune fille bien comme il faut (roman), Paris, Albin Michel, 1991

LAURENT (F.), Quelque chose dans le ventre (récit), Paris, Ed. Coté-femmes, 1991

MALLET-JORIS (F.), Divine (roman), Paris, Flammarion, 1991

RIETY (S.), Vivre la boulimie ordinaire (témoignage), Lyon, Chroniques, sociales, 1992

RODRIGUE (V.), La peau à l'envers. Le roman vrai d'une boulimie (récit), Paris, R.Laffont, 1989

VALERE (V.), Le pavillon des enfants fous (récit), Paris, Stock, 1978

Le risque de l'étranger

Nous avons demandé à Jean Ménéchal de nous présenter la problématique, les objectifs et les lignes de forces de l'ouvrage publié sous sa direction, *Le risque de l'étranger*.

Canal Psy : Comment est né cet ouvrage, à partir de quelles préoccupations et aussi de quels projets et objectifs ?

J. Ménéchal : Le projet de cet ouvrage est né de la conjonction de trois types de réflexions, de trois courants que nous avons tenté de faire se rejoindre. Le premier est plutôt de nature historique, et concerne précisément l'histoire récente de la psychiatrie en France depuis la guerre. Celle-ci a été extrêmement novatrice. Elle a été marquée également d'emblée par un projet politique, entendu au sens large. Ce courant a rencontré l'antipsychiatrie dans les années 60. Qu'en est-il résulté ? C'est la question que se pose un certain nombre de praticiens qui ont été les acteurs de cette époque.

Le second axe rassemble des préoccupations de nature plus épistémologiques - qui rejoignent d'ailleurs le premier axe - et qui concernent le statut de la folie dans la société contemporaine. On peut dire que Michel Foucault a ouvert la voie de ce côté là dans les années 60, mais que le mensonge est peu requis aujourd'hui, pour des raisons qu'il nous semblait importantes d'explorer. Je crois pour ma part que la place prise par l'opinion publique et les media transforme assez radicalement la relation à la folie, dans une dimension que nous avons du mal à comprendre encore.

Le troisième axe repose sur mes recherches plus personnelles qui tentent depuis une dizaine d'années d'articuler la politique et la psychanalyse. Je pense que la psychanalyse telle que l'a pensée S. Freud autour du modèle du transfert est une "forme démocratique avancée" du lien social. C'est un modèle de relation à l'autre qui implique nécessairement la prise du risque de l'étranger.

Canal Psy : Autour de quelles questions (thèmes, rubriques) avez-vous organisé les différentes contributions ?

J. Ménéchal : Cet ouvrage collectif développe quelques figures complémentaires du risque de l'étranger dans le champ clinique, dans la littérature et dans l'histoire des idées. Il laisse également une place importante au témoignage et à la lecture critique de celui-ci.

Canal Psy : En ce qui vous concerne, qu'avez-vous voulu faire apparaître concernant l'articulation soins psychiques et politique ?

J. Ménéchal : La permanence et la complexité de ces liens, et la nécessité de dégager dans un champ comme dans l'autre une pensée et une pratique anti-totalitaire. Avec sa contre-partie qui suppose précisément de prendre un risque, en écoutant l'étranger, porteur de la différence. Ceci vaut pour la politique mais aussi et surtout pour la théorie, et bien sûr pour la psychanalyse.

Canal Psy : Comment situez-vous votre ouvrage dans le champ des recherches en ce domaine ? Quelles sont ses filiations mais aussi sa portée polémique et critique

et ses enjeux ?

J. Ménéchal : Comme je l'ai mentionné dans l'avant-propos, nous restons tous très fidèles à la pensée de René Kaës à laquelle s'associe celle de Pierre Férida. De notre point de vue, il me semble que nos référents sont classiquement ceux de l'histoire et de la littérature dans une démarche qui demeure strictement freudienne. En fait cette articulation entre soins psychiques et politique a été soit mise en acte directement dans le clinique (la psychiatrie française d'après-guerre), soit abordé sur le plan théorique sous un angle plus descriptif des données inconscientes du mouvement social. Sans remettre en cause ces deux types d'approches, nous avons souhaités les compléter par une réflexion plus intégrée sur la question du risque. Ce terme est nécessairement transdisciplinaire, d'où la variété des approches qui figurent dans ce recueil.

Canal Psy : Comment voyez-vous l'évolution future de vos recherches ? De nouvelles pistes se sont-elles dégagées ?

J. Ménéchal : À la suite de ce travail, nous sommes un certain nombre à nous être engagés dans des recherches sur des pathologies du lien. Qu'il s'agisse du lien avec l'étranger "absolu" que constitue le déficient mental ou bien des pathologies "ordinaires" du lien qui témoignent de la difficulté du sujet à prendre le risque de l'autre. En particulier, nous travaillons dans un programme de recherche conjoint à l'Université Lyon 2 et à l'hôpital St Jean-De-Dieu dont l'objet est l'hyperactivité infantile et dans lequel, pour dire les choses rapidement, nous considérons que l'enfant hyperactif ne réussit pas à "être seul en présence des autres". C'est là une voie de recherche qui nous paraît prometteuse parce que outre le référentiel Winicottien (l'apprentissage de la solitude en présence de l'autre) elle ouvre sur les pré-déterminations des pathologies du narcissisme chez l'enfant, et en particulier sur la perversion. On peut penser fondamentalement que le pervers est un sujet qui n'admet pas le risque de l'étranger et que cette défaillance se construit dans les difficultés que rencontre l'enfant à supporter sa solitude dans un monde habité par les autres.

Canal Psy : Ce travail a-t-il modifié, réorganisé vos perceptions préalable du "risque de l'étranger" et de la façon dont il opère sur de très nombreux sites ?

J. Ménéchal : Évidemment. Comment penser le risque de l'étranger en réfléchissant tout seul ? Je crois que nous avons beaucoup travaillé ensemble, avec les différents auteurs, et avec des surprises très riches sur les modes d'approche de chacun.

L'apport de Yves Buin dans sa lecture de *L'étranger* de Camus en est le meilleur exemple, qui montre de façon non métaphorique comment la question psychique du risque de l'étranger est mise en valeur dans la littérature.

Propos recueillis par **Monique Charles**

Jean Ménéchal,

Le risque de l'étranger, Dunod, 1999.

AGENDA

LYON
ET
R GION

Devenir des liens, devenir des personnes : un travail de la transition, samedi 27 novembre, organisé par l'A.R.A.G.P. (Ass. Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique), 290 Rte de Vienne, 69373 LYON Cedex 08. Lieu : Salle des conférences, Hôpital Saint Jean de Dieu, même adresse. *Rens.* 04.37.90.13.60 - Fax 04.37.90.13.13

Écrire : tisser l'entre-deux, Bernard Cadoux, jeudi 2 décembre, de 14 h à 16 h, Séminaire de recherche, Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique (C.R.P.P.C.), Institut de Psychologie, Université LUMIÈRE-Lyon 2, 5 av Pierre Mendès France, CP 11, 69676 BRON Cedex. Lieu : salle 148K, Campus de Bron-Parilly. *Rens.* Tél. et Fax 04.78.77.24.90

La problématique des limites en clinique, les samedis 4 décembre, 5 février, 8 avril et 13 mai, de 14 h à 18 h, rencontres ouvertes organisé par le Groupe de Recherches Cliniques et Psychopathologiques sur le Processus Représentatif, Institut de Psychologie, Université LUMIÈRE-Lyon 2, 5 av Pierre Mendès France, CP 11, 69676 BRON Cedex. Lieu : Amphithéâtre Cassin, Campus de Bron-Parilly. *Rens.* Tél. et Fax 04.78.77.24.90

Edmundo Gómez-Mango : de la trace à la présence. La parole dans le temps du transfert, du samedi 4 au dimanche 5 décembre, organisé par le Centre Thomas More, La Tourette, Éveux, BP 105, 69210 L'ARBRESLE. Lieu :

même adr. Tarifs : selon les revenus, étu. 70F, F.C. 2200F. *Rens.* 04.74.26.79.71. - Fax 04.74.26.79.99. E-mail <http://perso.club-internet.fr/muchmore>

L'étendard féminin, par Marie-Christine Hamon, jeudi 9 décembre à 19h30, organisé par la Villa Gillet, 25 rue Chazière, Parc de la Ceriseraie, 69004 LYON. Tarifs : 50F, étu. 30F. *Rens.* 04.78.27.02.48. et Fax 04.72.00.93.00.

Liberté et contrainte sur les chemins de l'évolution, mercredi 15 décembre, organisé par SA-MA-SA éducation (Santé-Maladie-Santé), 5 rue des Jardins, 69600 OULLINS. Lieu : salle de la mairie du 3ème arrondissement, 215 rue Duguesclin, Lyon. Tarif : 50F, étu., chô. 30F. *Rens.* 04.78.51.94.11.

Une recherche de clinique psychanalytique sur l'agonie et le clivage, René Roussillon, jeudi 6 janvier, de 14 h à 16 h, Séminaire de recherche, Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique (C.R.P.P.C.), Institut de Psychologie, Université LUMIÈRE-Lyon 2, 5 av Pierre Mendès France, CP 11, 69676 BRON Cedex. Lieu : salle 148K, Campus de Bron-Parilly. *Rens.* Tél. et Fax 04.78.77.24.90

Architecture et psychiatrie. L'hôpital : espace de soins, espace urbain, du vendredi 14 au samedi 15 janvier, organisé par le Centre Thomas More, La Tourette, Éveux, BP 105, 69210 L'ARBRESLE. Lieu : même adr. Tarifs : selon les revenus, étu. 70F, F.C. 2200F. *Rens.* 04.74.26.79.71. - Fax 04.74.26.79.99. E-mail <http://perso.club-internet.fr/muchmore>

Que veut-on au « patient éclairé » ? Décider et faire décider en matière de santé, du samedi 22 au dimanche 23 janvier, organisé par le Centre Thomas More, La Tourette, Éveux, BP 105, 69210 L'ARBRESLE. Lieu : même adr. Tarifs : selon les revenus, étu. 70F, F.C. 2200F. *Rens.* 04.74.26.79.71. - Fax 04.74.26.79.99. E-mail <http://perso.club-internet.fr/muchmore>

AUTRES
R GIONS

Le sentiment d'échec des professionnels : comment en sortir, jeudi 9 et vendredi 10 décembre, Journées Montpelliéraines de Psychiatrie de l'Enfant et des Professions Associées. Organisées par l'Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (A.F.F.R.E.E.). Lieu : Palais des congrès de Montpellier, Le Corum, Esplanade Charles de Gaulle. Tarif : ind. 800F, form. perm. 1000F. *Rens.* 04.67.33.60.09.

Le travail, évolution ou déviation, samedi 11 décembre, organisé par Carrefours et Médiations, La Source, 26 ch. du Bessayré, 31240 ST JEAN. Lieu : École Supérieure de Commerce, 20 bd. Lascrosses, TOULOUSE. Tarifs : 70 F. *Rens.* 05.61.74.23.74 et Fax 05.61.74.44.52

Le bilan psychologique avec l'enfant à approche psychanalytique, mercredi 15 décembre, organisé par Séminaires Psychanalytiques de Paris. Lieu : Espace Reuilly, 21 rue Hénard, 75012 PARIS. *Rens.* Séminaires

Psychanalytiques de Paris, même adresse, Tél. 01.46.47.66.04 et Fax 01.46.47.60.66

Journées de formation. La recherche qualitative dans la pratique des soins infirmiers, jeudi 27 et vendredi 28 janvier, organisé par l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (A.R.S.I.), 31 rue du Dr Chatellier, 60600 CLERMONT. Lieu : PARIS. Tarifs : 2 jours, 600F, F.C. 1500F. *Rens.* Tél. et Fax 05.53.97.03.06

PUBLICATIONS

Médecin, malade, sida : une rencontre, Nathalie Méchin, L'Harmattan. En entrant dans l'intimité du colloque singulier du médecin et de son patient, cette recherche pose des questions parfois taboues concernant les médecins. Comment admettre que le patient ne guérit pas, qu'il n'accepte pas son traitement ? Parler d'emblée de sexualité et de désir : une transgression ? Soudain le patient revendique, se pose comme partenaire, vient interroger le médecin sur sa pratique, qu'y-a-il de changé dans le jeu des acteurs ? Le dévoilement du questionnement de médecins sur leur identité professionnelle offre un champ de réflexion sur la rencontre de deux humains face à la vie et à la mort. Nathalie Méchin est psychologue clinicienne, psychothérapeute en hôpital psychiatrique, et chargée d'enseignement à l'Université J. Fourier à Grenoble et à l'Université Lumière à Lyon.

CANAL PSY



Institut de Psychologie
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex
Tél. 04.78.77.24.54.
Fax 04.78.77.43.46.

Les anciens numéros

N° 35 – Septembre – Octobre 1998

Dossier : Les déficits visuels

- ◆ Regards sur la cécité, par Serge Portalier
- ◆ Prévention et déficit visuel, par Sylvie Pessoneaux
- ◆ Approche cognitive du handicap visuel, par France Richard

À propos...

d'un prix, rencontre avec F. Maqueda

Aperçu

Analyse de la pratique et « infléchissement thérapeutique », par C. Henri Ménassé

Publications

« Contes et récits de la vie quotidienne », interview de Odile Carré

N° 38 – Mars – Avril 1999

Dossier : L'éducation dans la crise de transmission

- ◆ L'enfant, l'élève et la psychologie de l'éducation, par Jean-Marie Besse
- ◆ Transmission et exhéredation, par Dominique Ginet
- ◆ L'école, le savoir, la transmission, et l'analyse de la pratique, par Georges Gaillard

Être psychologue en...

Chirurgie, par Ophélie Baudry

Publications

L'observation clinique, interview d'Albert Ciccone

N° 36 – Novembre – Décembre 1998

Dossier : Se former en psychologie – La Formation à Partir de la Pratique

- ◆ Chœur et chorus la composition du savoir psychologique en F.P.P., par Albert Ciccone
- ◆ Une expérience de dépaysement : l'étudiant en F.P.P., par Patricia Mercader
- ◆ F.P.P. le mythe d'une fondation, par Alain-Noël Henri

Bibliofil

Psychologie du vieillissement, par Jacques Gaucher

Échos

... des stages

N° 37 – Janvier – Février 1999

Dossier : Psychologie clinique : questions en travail

- ◆ La transitionnalité : une coupure épistémologique « invisible », par René Roussillon
- ◆ Le traumatisme psychique : de l'affect au modèle, par Bernard Duez
- ◆ Psychanalyse et création : approches actuelles, par Bernard Chouvier
- ◆ Transfert / Contre-transfert, par Jean Guillaumin

Aperçu

Approche des risques suicidaires et suites de tentatives de suicide, par J.-P. Vignat
Évolution et perspectives de la prise en charge hospitalière de la tentative de suicide, par Professeur Vedrinne

N° 39 – Mai – Juin 1999

Dossier : Filiations et appartenances, Crises et remaniements.

- ◆ Filiations et appartenances dans la transmission de la psychanalyse : la création de la Société du Mercredi comme moment mytho-poétique, par René Kaës
- ◆ On ne naît pas femme, on le devient. Sexe et genre, ou la « filiation » du féminin, par Annik Houel
- ◆ Affiliations et pulsionnalité à la retraite : l'identité en crise, par Jean-Marc Talpin
- ◆ F.P.P. : Le mythe d'une fondation (suite), Vu du dedans, par Alain-Noël Henri

Aperçu

Perte du lien et quête identitaire dans le processus d'exclusion sociale, par Valérie Bertrand
Malaise des étudiants : comment intervenir à temps ? Par le Docteur Xavier Pommereau

Publications

Le lien social, interview de Michel Cornaton



Directeur de la publication : Bruno GELAS, Président de l'Université – **Directeur délégué** : Albert CICCONE

Rédaction : Monique CHARLES – **Illustrations** : Jean-Cristophe CHABANON

Conception et réalisation : Fabien NOËL

Journal édité par l'Institut de Psychologie – Département Formation en Situation Professionnelle

Imprimé par l'imprimerie Caussanel (Bron)

ISSN 1253-9392 – Commission paritaire n° 3088 ADEP

CANAL PSY

Institut de Psychologie
Université LUMIÈRE-Lyon 2
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex

Je m'abonne à Canal Psy pour un an (5 numéros) à partir du mois de 19..... et retourne ce bulletin accompagné d'un chèque de :

90 F étudiant Lyon 2

150 F professionnel

libellé à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université LUMIÈRE-Lyon 2 .

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Tél :

Qualité (étudiant en / professionnel) :

Le journal est en vente

dans les secrétariats de psychologie

– à Bron : 3ème cycle (salle 126 K), C.F.P. (salle 35 K), C.R.P.P.C. (salle 134 K)
– en centre ville : F.P.P. (salle 116 D, 16 quai C. Bernard, Lyon 7ème)