CANAL PSY

N° 33 ◆ Mars – Avril 98 Bimestriel ◆ 15 F

Éditorial

Dans le numéro précédent, j'annonçais, à brefs délais, des nouveautés. Ce n'était pas une histoire lyonnaise, ni un poisson d'avril puisque vous allez les découvrir. Tout d'abord les thèmes des dossiers à venir vous sont précisés, suivis d'appels à contributions. Vous aurez largement le temps pour vous organiser, pour penser, écrire et... envoyer vos articles. Nous comptons sur eux et sur vous. Ensuite, pour favoriser l'intégration de vos travaux et introduire une nécessaire souplesse dans la programmation, elle-même nécessaire, deux rubriques, « Canal dix » et « Aperçu », sont ouvertes. Vous trouverez en page 2 toutes les informations utiles. Parmi les critères qui ont présidé à la sélection des questions explorées, trois méritent d'être plus spécialement soulignés. Nous avons voulu que les différents cursus et approches se trouvent représentés. F.P.P., psychologie clinique, cognitive et sociale sont présentes au rendez-vous. Cela, afin que chaque lecteur puisse à la fois approfondir des domaines dans lesquels il s'est engagé mais aussi établir des liens avec d'autres problématiques. Ce qui était une manière de favoriser la perception conjointe des spécificités et des transversalités.

Une autre préoccupation a été de clarifier les données théoriques, de pister les questions en travail et en débat pouvant donner des repères pour analyser la diversité des pratiques et des situations qui caractérise la profession de psychologue.

Enfin, nous avons cherché à rester en phase avec ce qui, dans le moment présent ou dans les événements prévisibles, prenait valeur signifiante. Ainsi le dossier sur les suicides chez l'étudiant a été conçu lorsque des actions de prévention se déroulaient à l'Université et pour que *Canal Psy* y participe. Celui sur F.P.P. paraîtra alors qu'Alain-Noël Henri, prenant sa retraite, quittera le Département Formation en Situation Professionnelle qu'il dirige et qui constitue une de ses œuvres.

Autre chose. Vous allez apprécier – nous l'espérons – le dessin proposé par Philippe Henri. Si je précise qu'il livre en moto ses créations, vous pouvez considérer l'illustration que lui a suggéré la thématique de l'image spéculaire, comme étant aussi une modalité d'auto-portrait. Allez donc vite faire connaissance avec le nouveau dessinateur de *Canal Psy* en figure de motard.

Monique CHARLES

S O M M A I R E

Infos Pratiques
Prochains dossiers de *Canal Psy* 2

Le corps en cause

Image du corps et troubles du comportement alimentaire
Christine Durif-Bruckert 4

L'anorexie mentale
Colette Combe, Alain Ferrant 6

Éléments bibliographiques 9

Somatisations et problématiques d'attachement et d'emprise
Marie-Claire Célérier 10

Bibliofil
L'art-thérapie en courants...
Jean-Luc Sudres 11

Agenda 13

Coq à l'âne 15

Publications
Introduction à la psychopathologie
Interview de Jean Ménéchal 16

S O M M A I R E

S.I.R.
Soutien Informatique Recherche

Responsable : Alexandre Bonucci

S.I.R. est un service offert par la Division Recherche, située sur le Campus de Bron, au batiment C (1er étage). L'accès en est réservé aux étudiants de maîtrise, de 3e cycle, aux doctorants, aux enseignants et aux chercheurs.

Durant les horaires d'ouverture, un moniteur peut vous aider ou vous conseiller sur l'utilisation des logiciels et matériels installés au S.I.R.

Services proposés :

– ordinateurs en libre accès (Mac et PC) ;
– imprimantes lasers couleur et noir et blanc ;
– scanners (texte, images, négatifs, diapos) ;
– acquisition vidéo ;
– appareil photo numérique ;
– gravure de cédérom ;
– cédéthèque (en consultation sur place) ;
– hébergement de sites internet pour les laboratoires de recherche ;
– CANAL SIR (diffusion T.V. d'auto-formation) :
  - Word 6 (lundi 15 h),
  - Micro informatique et vidéo (lundi 15 h),
  - Excel 5 (mardi 12 h),
  - Access 2 (mardi 15 h),
  - Windows 95 (marcredi 12 h),
  - Les réseaux locaux (mercredi 15 h),
  - Internet (jeudi 12 h),
  - le PC facilement écrire et mettre en page (jeudi 15 h),
  - Powerpoint 4 (vendredi 10 h) ;
– Formations spécialisées (voir selon planning).

Horaires d'ouverture :

Du lundi au jeudi de 12 h à 18 h
Le vendredi de 9 h à 13 h

Renseignements :

Tél. : 04 78 77 23 32
E-mail : sir@univ-lyon2.fr
Site : http://sir.univ-lyon2.fr

Prochains dossiers de *Canal Psy*

Juillet – août :	Suicides et tentatives de suicide chez l'étudiant
Septembre – octobre :	Former des psychologues. La formation à partir de la pratique
Novembre – décembre :	Dysparentalités
Janvier – février :	Les handicaps visuels
Mars – avril :	Appartenances : crises et remaniements
Mai – juin :	La recherche en psychologie clinique, questions en travail

Appels à contributions, rubriques ouvertes :

« **Canal dix** » : pour un article s'intégrant au dossier. *Format **4500 signes**.*

« **Aperçu** » : cette rubrique se propose de vous donner l'occasion d'une avant-première ou d'une reprise de vos travaux en cours. Ils ne sont pas tenus d'être en continuité thématique avec le dossier. **Aperçu** constituera, comme **"Bibliofil"** et **"Être psychologue en"** avec lesquels il alternera, un autre pôle de lecture. *Format **11000 signes**.*

Modalités :

– Délais d'envoi :

NUMÉROS :	ENVOIS AVANT LE :
Septembre – octobre	15 juin
Novembre – décembre	15 juin
Janvier – février	15 juin
Mars – avril	5 janvier
Mai – juin	5 mars
Juillet _ août	5 juin

– Forme : disquette et sortie imprimante. Les articles et disquettes ne seront pas renvoyés. Prévoyez donc des doubles.

– Où ? :
– casier : *Canal Psy*, à l'Institut de psychologie de Bron, près des casiers enseignants.
– courrier à :
  - *Canal Psy*, Institut de psychologie, Université LUMIÈRE-Lyon 2, 5 avenue Pierre Mendès-France, 69676 BRON Cedex.
  - Monique Charles, 60 rue des Aqueducs, 69005 LYON.

N'hésitez pas à nous contacter : *Canal Psy*, tél. : 04 78 77 24 54 — fax : 04 78 77 43 46
Monique Charles, tél. et fax : 04 78 25 62 25

Le corps en cause

Ce titre « le corps en cause » renvoie à des problématiques où le corps est situé par les sujets comme cause de leur souffrance et où cette position s'associe à une mise en cause réelle du corps, à sa mise en danger.

Ainsi, comment comprendre la genèse des troubles de l'image spéculaire que l'on rencontre chez les personnes anorexiques ? Pierre Péju, évoquant la marâtre de Blanche-Neige, le rituel et l'attente anxieuse qui la lient au miroir, parle de « la voix d'oracle qui sort du miroir ». Quel est donc cet oracle, lorsque le reflet renvoie – le corps d'un autre ? Un corps tout autre ? – et génère condamnation, révolte, désaveu ? Comment comprendre, dans les dysfonctionnements du comportement alimentaire, les interactions entre le corps soumis à son ordre propre et le corps de l'oralité qu'élabore l'inconscient ?

Lorsque l'on passe de l'anorexie aux somatisations graves change-t-on d'univers et d registre ? Faut-t-il se donne un autre modèle des liens, de reprises et des greffes existan entre Soma et Psyché ?

Dans ces deux situation de quoi et de qui est e souffrance le sujet qui fa souffrir son corps ou dont corps souffre d'une maladi présentant un risque vital ? C sont ces questions que l dossier vous invite à explorer

M.C

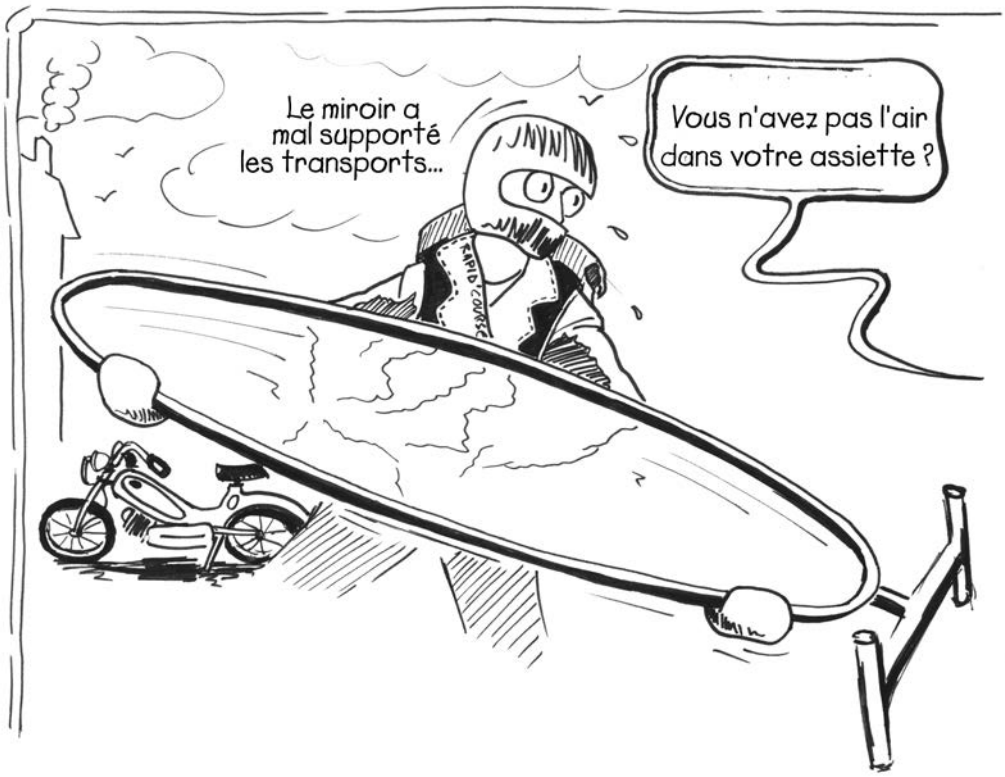


Image du corps et troubles du comportement alimentaire

Les recherches anthropologiques et psychosociales que nous menons depuis quelques années sur les phénomènes alimentaires, articulées à nos observations et pratiques cliniques, nous ont amené à ouvrir un certain nombre de pistes de réflexion sur les phénomènes de l'ingestion et sur les processus de l'Incorporation[1].

Plus spécifiquement, nous nous sommes intéressés aux systèmes de représentations de l'anatomie et du fonctionnement (et dysfonctionnement) digestif : fonctions des organes chargées de la digestion : usages symboliques des organes chargés de la digestion, critères de sélection, cheminement et modes de traitements des aliments, principaux mécanismes de la digestion (figures de l'assimilation et de l'évacuation)[2].

En lien avec ce premier axe d'investigation (encore en cours), nous avons cherché à analyser comment l'ensemble des codifications diététiques modernes, telles qu'elles sont institutionnellement imposées et « incorporées » (consciemment ou inconsciemment), déterminent les rapports du sujet social à son corps.

Le matériau et les analyses issus de ces travaux, par la question fondamentale de la corporéité qu'ils réactualisent, viennent étayer la problématique clinique de l'oralité et de ses dysfonctionnements.

Physiologie de l'intériorisation et expérience corporelle

Les expériences propres à la sphère orale (celles de l'absorption et de l'excrétion) sont fondamentalement constitutives de la structuration de l'image du corps (et de sa désintégration). Les théories subjectives concernant le corps digestif sont effectivement sous-tendues par des questionnements qui reformulent lors de chaque prise alimentaire les mêmes rêves, et renouvellent les mêmes appréhensions : celle de l'identification, des effets et devenir de l'objet-aliment dans l'organisme. L'épreuve digestive, sorte de physiologie de l'intériorisation, par laquelle le sujet social prend simultanément conscience de lui et des objets du réel, correspond comme le souligne G. Bachelard à « une prise de possession d'une évidences sans pareille, d'une sûreté inattaquable », et « par certains de ses faits, le réel est de prime abord un aliment » (1986, p. 169). De ce fait, la sphère digestive est le lieu par excellence des projections passionnées, des tentatives de transgressions et inventions les plus fantaisistes. Elle est aussi chargée de défis imaginaires, de semblants d'ouverture qui ne parviennent à masquer longtemps la béance du corps, ou au contraire son inquiétante boursouflure. Elle est encore le lieu d'invitations souhaitées, pourtant rendus impossibles par toute une série d'obstacles insurmontables, attribués à l'insuffisance organique ou à la défaillance de l'aliment. On voit, au travers de tant de mobilisations, combien l'aliment est fondamentalement reconstruit (culturellement et singulièrement) comme ce qui pénètre le corps, s'y transforme et le constitue, renvoyant inévitablement à toute une fantasmatique de l'attente (plénitude) et de la menace (destruction), de l'attraction et de la répulsion. « L'absorption de la nourriture par le mangeur détruit l'unité organique, et donc l'identité matérielle de l'objet consommé. » (J.-C. Sagne, 1990, p. 12-13).

Alors les aliments, substances qui regorgent de propriétés affectives et symboliques autant que nutritives, fondamentalement soumis à des valeurs de pouvoir, sont accablés de mérite ou, au contraire désignés comme étant irrémédiablement offensants pour l'organisme (certaines réputations, de l'ordre de la croyance, sont particulièrement coriaces)[3].

Ces quelques préliminaires nous permettent de considérer l'acte d'ingestion comme une expérience périlleuse de l'ouverture, l'anatomie fantastique étant signifiée dans une polarité orale/anale qui nous renvoie bien sûr à la problématique du dehors et du dedans, et qui est en même temps « la figuration des lieux sur les origines et la mort » (P. Fedida, 1971, p. 123).

Il est encore à considérer comme une expérience spatio-temporelle primordiale. Les personnes que nous avons interviewées parlent avec insistance du haut et du bas du corps, du temps accordé à chacune des opérations digestives. Temps qui trace l'effort accompli par l'individu pour affronter et mettre en ordre la réalité intérieure, en alliance avec les exigences, consignes et réglementations instituées. Temps qui contient la patiente redite et réactualisation du jeu la plus primitif amour/haine.

1. Ces études ont été réalisées auprès d'une population urbaine selon des méthodologies propres au champ ethnologique et psychosocial : observation participante, interviews, analyse de presse. Nous nous sommes également référé à la littérature ethnologique, et plus largement historique, abondante dans le domaine de l'alimentation.
2. Cette partie s'inscrit dans une étude plus globale sur les théories profanes des fonctions physiologiques. Ces représentations, solidement bâties sur des préoccupations issues du substrat et de l'expérience organique, sont avant tout un mode (très archaïque) de figuration de soi, cf la présentation de l'ensemble de l'étude dans notre ouvrage, 1994.
3. La définition des catégories du "bon" (bon objet à garder à l'intérieur), et du "mauvais", ainsi que les figures du corps digestif sont le produit d'un discours bio-politique (la chair est "travaillée" par les fictions sociales jusqu'au plus profond de ses tissus et écoulements), et sont à appréhender comme un processus primordial d'inscription du culturel et du social dans le corporel.

Le corps « hors le temps »

Chez les personnes présentant des troubles caractérisés du comportement alimentaire (anorexie et boulimie), nous avons observé une « démétaphorisation » du corps digestif, ainsi que d'importantes altérations de l'activité de représentation, dans le sens où les processus propres à l'incorporation se trouvent carrément irreprésentables ou endommagés, que ce soit aussi bien au niveau de la pénétration de l'aliment que de son traitement. Ces distorsions portent sur les points élémentaires (points-charnières) de la structuration des représentations du corps digestif. D'une certaine façon, on peut dire que ces points forment des lignes de constitution, mais aussi de vulnérabilité et même de fracture à la fois cognitives (processus de la pensée) et corporelles (processus de structuration de l'image du corps) tout à fait signifiantes (cf. C. Durif-Bruckert, 1998).

On observe ainsi une difficulté à penser la digestion en tant que processus de transformation de l'aliment : les fonctions organiques, l'ordre des séquences digestives, ainsi que les circuits empruntés par l'aliment sont réduits (et appauvris de leur valeur symbolique), inversés, objets de confusion ou carrément méconnus. Il est fréquent, par exemple que l'estomac soit perçu comme seuil corporel infranchissable (corps coupé en deux). Dans ce cas, la nourriture repart comme elle est arrivée : elle « fait l'aller-retour ». Elle peut encore rester indemne à l'intérieur de l'estomac, enkystée en lui, comme l'illustre les propos d'une jeune femme anorexique rapportée par H. Brush : « la nourriture solide reste en moi dans le même état que je l'ai vue » (1973, p. 115).

Il n'est pas rare non plus qu'une seule fonction ait à sa charge de porter à elle seule tout le processus de la digestion, pénalisant inévitablement l'ordre et l'aboutissement de l'acte digestif : le corps tout entier est assimilé à un estomac (« un estomac sur patte », comme l'exprimait une personne souffrant de boulimie), ou un énorme serpentin intestinal, le célèbre « corps tube » anorexique qui tend à représenter tous les appareils anatomiques réduits à un seul, révélateur aussi bien du « sentiment de fusion que de la confusion de la génitalité avec l'oralité et dans l'analité » (E. Kestemberg, S. Decobert, 1972, p. 149-151).

Les circuits, pour certains inversés, n'assurent plus les liaisons vitales d'une sphère à l'autre, les passages étroits du dehors vers le dedans, les transmutations minutieuses depuis le bord du corps jusque vers sa profondeur, le jeu des sécrétions régulées et des subtiles retenues, et surtout le retour structurant des mouvements cycliques (acheminement de l'aliment brut en nourriture assimilable, reconversion des déchets en résidus et « produits à perdre », alternances présence/absence, plein/vide, faim/satiété...)

Le corps digestif est alors identifié à un espace sans géographie, sans fond ni profondeur. L'espace intime, plus ou moins « effondré » « devient transparent » ou « compact comme une chappe de plomb ». « Il n'y a même plus de pensée, c'est une pensée qui devient chose ». « On ne peut même pas l'expliquer, c'est le chaos... Le corps n'existe même plus ».

L'aliment soustrait à tout mécanismes du traitement « devient rien à l'intérieur », « il a une valeur morte ». Ou alors il se transforme en objet persécutant, prompt à « parasiter le corps », à « l'ankyloser », « le dessécher de l'intérieur », et même « le bouffer ».

Quand la bouche devient béante, ou résolument crispée, n'est-ce pas l'appel d'une profondeur qui n'a pas rencontré les relais apaisants, temporalisant de mots justes, lesquels, en touchant la chair, crée les tatouages de la corporéité. Le corps, dont les parties extrêmes s'écrasent l'une sur l'autre, ou qui se dilate dangereusement, transforme en un terrain vague chacune des contrées que vient à dessiner la pensée. Alors asséché de ses belles énergies et fluidités, de la désaffection à l'irreprésentabilité, il s'offre au déploiement du sacrifice et au travail de la pulsion de mort. Le désir est pris en otage. Travail euphorique, s'il en est un, par la maîtrise du monde et de soi qu'il semble procurer, ou par le sentiment de pouvoir déjouer la perte (y compris par l'évitement du savoir).

Le rapport au modèle

Si l'histoire et la problématique personnelle sont tout à fait déterminante dans la mise en place d'une surcharge pondérale (ambivalence fondamentale, défaut d'investissement corporel, difficultés d'introjection et d'identification...), il nous semble qu'un certain nombre de facteurs socio-culturels sont responsables de la recrudescence actuelle de l'obésité, de la boulimie, mais aussi de toute une pathologie intermédiaire fondée sur la défaillance chronique d'un bien-être corporel et alimentaire.

Il semblerait bien que l'ordre diététique articulé à la mise enscène des images de « la perfection » fonctionne comme une voie privilégiée du contrôle social, voie permettant d'imposer avec force, ce que l'on peut appeler aujourd'hui le message du « dégraissage du corps », peut-être même à certains niveaux de la désubstantialisation du corps (idéologie de la purification du corps).

Il s'agit sans doute d'une des violences les plus sourdes, violence d'autant plus acceptée qu'elle réveille et tient en haleine un rêve humain tenace, celui d'un corps vide, vidé de sa matière, lisse de toutes les expressions troublantes qui s'imposent du dedans. Un corps sans organes.

La tyrannie des discours qui incitent l'individu à faire toujours mieux, serrent au plus près le corps, compriment les chairs, empiétant largement sur l'espace personnel des improvisations et réajustements personnels.

L'inflation de discours, qui plus est contradictoires, en arrive à faire prendre l'illusion pour la réalité, l'image pour le corps. Le sujet social, saturé par la surcharge d'informations, brouillé dans son espace privé et la conscience de son intériorité devient paradoxalement un espace indécidable, « une disponibilité livré, adapté à l'accélération des combinaisons » (Lipoveski, 1988, p. 65). Ce qui dit aujourd'hui vouloir préserver l'individu risque bien de le fragmenter, de rendre friables les sous-bassements corporels (spacialisation, temporalisation, intégration des limites...) où se pose le centre de gravité de tout sentiment corporel[2].

Christine DURIF-BRUCKERT
Maître de conférences à l'Institut de Psychologie de l'Université LUMIERE-Lyon 2, GRIC, UMR 5612, CNRS

2. La bibliographie est donnée p. 9.

L'anorexie mentale

L'anorexie mentale pose au clinicien une série de problèmes délicats au niveau du diagnostic, du pronostic et de la mise en œuvre du traitement. L'anorexie est généralement considérée comme une affection psychosomatique, c'est à dire une maladie qui concerne en même temps le psychisme et le corps. Ses modes d'abord et de traitement peuvent varier en fonction des options théoriques du clinicien selon qu'il se réfère davantage à une compréhension neuropsychologique, phénoménologique ou psychanalytique de l'organisation psychique. Seul ce dernier point de vue sera abordé dans ce travail.

L'anorexie peut se manifester à différents âges de la vie : les pédiatres ont depuis longtemps décrit l'anorexie du nouveau né ou du nourrisson qui refuse de se nourrir ; de même, au sein des institutions gériatriques, on rencontre des refus d'alimentation chez les personnes âgées. Une anorexie, restée cliniquement silencieuse, peut se manifester également en deux occasions moins classiques : le post-partum lors du retour chez la mère des impressions de son propre lien primaire mère-bébé et la pré-ménopause lorsque pour s'adapter au rythme biologique qui se modifie, l'inconnu d'un nouveau lien au corps, hors cycle, fait revenir la question des temporalités.

L'anorexie mentale, telle que nous l'entendrons ici, frappe le plus souvent de jeunes adolescentes. En effet, si l'anorexie mentale n'est pas absente de la psychopathologie masculine, elle est statistiquement rare et le plus souvent associée à d'autres problématiques psychopathologiques. Chez la femme, l'anorexie mentale est un syndrome clinique d'amaigrissement, d'aménorrhée et de relation troublée à la nutrition (restriction, parfois boulimie et vomissements, prise de laxatifs). Elle est un état critique simultané de la vie biologique et de la vie psychique, un état ambigu de survie et de destruction, un retournement contre soi-même sur une ligne de crête dangereuse qui peut entraîner la mort du sujet. Processus actif et passif, elle est simultanément un meurtre et une agonie désavoués. Jusqu'à un stade tardif d'amaigrissement et d'asthénie, l'anorexique agit de façon désubjectivée le désir de suicide qu'elle porte en elle, sans s'approprier ce qu'elle se fait, ce qu'elle subit, et se fait subir.

Dans sa définition la plus classique l'anorexie mentale est donc un syndrome qui inclut trois facteurs essentiels : amaigrissement provoqué par une importante perturbation de la relation à la nourriture, aménorrhée et conduites psychiques marquées par l'idéalisation et la distanciation. Le pronostic, c'est à dire les possibilités évolutives d'un tel ensemble, varient évidemment au cas par cas mais l'anorexie mentale débouche assez régulièrement sur une stabilisation autour d'une certaine ligne de poids. Le traitement associe, dans les situations les plus tendues, une rupture avec le milieu familial et la mise en place d'une progressive reprise de l'alimentation généralement couplée à un travail psychothérapeutique.

Le diagnostic apparaît à première vue évident. Il se complique toutefois du fait que la perte de poids et le trouble de l'alimentation qui en est la cause sont régulièrement rationalisés. La patiente déclare suivre un régime alimentaire en se référant aux canons de la mode et d'un certain idéal féminin. De plus la famille n'est guère alertée, au moins dans les premiers temps, par les conduites alimentaires erronées de la jeune fille. Ce n'est qu'à partir du moment où la perte de poids est évidente et s'associe aux premiers symptômes que le médecin est consulté. Le plus souvent, en effet, l'anorexie est abordée sous un angle d'abord médical : le stress et l'investissement intensif des études sont mis au premier plan pour expliquer la fatigue, la perte d'appétit et, éventuellement, l'aménorrhée. Cette forme de déni groupal de la composante psychique du trouble s'explique par l'extrême rationalisation dont font preuve ces patientes généralement bien intégrées au sein de leur famille où elles n'ont jamais, jusque là, posé le moindre problème.

Il est particulièrement difficile de théoriser l'étiologie et le traitement de l'anorexie mentale de la femme et spécifiquement de l'adolescente. Cependant, on peut toutefois considérer que le désastre somato-psychique de l'anorexie semble la conséquence d'une atteinte de la temporalité interne. Le vécu du temps dans ses rythmes et la linéarité de sa succession est méthodiquement soumis à destruction.

Anorexie et adolescence

La crise anorexique se noue le plus souvent à l'adolescence quand, au seuil de l'appropriation subjective de la sexualité adulte, un paradoxe s'installe : impossible compagnie, impossible solitude. Cette problématique du « ni l'un, ni l'autre » témoigne d'un travail de négativation qui remanie alors la réalité psychique. Il est essentiel d'entendre ce paradoxe pour créer une situation thérapeutique où la patiente puisse se sentir réelle à partir de ce retour à rien qu'est l'anorexie.

Une des expressions qui nous aide à qualifier l'adolescence est celle du coup de tonnerre dans un ciel serein mais cette image ne rend compte du processus que de manière imparfaite. L'adolescence surgit en effet sur un fond continu et se développe par rapport à ce fond. C'est naturellement par rapport au milieu familial, en réaction mais aussi en appui sur ce milieu, que le moment adolescent se déploie.

L'expression « scier la branche sur laquelle on est assis » symbolise l'ensemble des mouvements d'attaques auxquels se livrent délibérément les adolescents. Ces mouvements d'attaques sont particulièrement éprouvants pour les parents mais leur fonction essentielle est double : attaquer pour mettre ou tenir à distance et attaquer pour éprouver la solidité du cadre parental. Car rien n'est probablement plus désorganisant pour un adolescent que de constater que ses attaques détruisent réellement l'environnement parental.

Ce double mouvement nécessite une qualité fondamentale de la relation : l'adolescent, comme d'ailleurs le tout jeune enfant, a besoin d'éprouver la réalité de l'objet, réalité qui ne se confond pas tout à fait avec son caractère vivant. Il est ainsi des situations, c'est le cas de certaines anorexies, dans lesquelles l'objet est reconnu vivant mais sans épaisseur, sans résistance ni compacité.

La séparation entre l'adolescent et le milieu familial est un processus qui nécessite à la fois la capacité des parents à tolérer la séparation et en même temps la réalité de la difficulté à accepter cette séparation. Ce processus implique une résistance des parents. Scier la branche sur laquelle on est assis ne doit donc pas aller de soi : il faut que ce soit suffisamment difficile, que la branche résiste car en attaquant cette branche l'adolescent fournit un certain effort qui lui permet en retour de se sentir vivant.

Cet effort est essentiellement psychique mais, à y regarder de près, il dérive fondamentalement des processus que le petit enfant utilise pour, suivant l'expression de Freud, se rendre maître de ses propres membres. L'hypothèse d'un travail de l'emprise répond en partie aux questions que posent les énigmes rencontrées par la clinique de l'adolescent et spécifiquement de l'anorexie. La fonction d'emprise, jusque là reléguée dans le domaine de la psychopathologie de la névrose de contrainte ou des perversions, doit être prise en compte pour approcher le processus d'auto-appropriation du moi dans lequel le tout jeune enfant comme l'adolescent se trouvent nécessairement pris. L'auto-appropriation désigne le travail par lequel un être humain se développe en appui et contre les objets mais aussi en intégrant, à l'intérieur de lui, au sein du moi et dans le rapport entre les différentes instances, les principales fonctions de ces objets. Ce processus englobe donc à la fois les auto-érotismes, l'identification et les inévitables deuils par lesquels un sujet trouve douloureusement son unité.

Cette question de l'emprise, de sa déviation, est au cœur de la problématique anorexique dans la mesure où, précisément, ces patientes exercent une emprise sur leur entourage, mais aussi sur elles-mêmes, sous la forme d'une auto-emprise froide. Notre hypothèse est la suivante : la clinique de l'anorexie nous confronte à une forme spécifique de raté du travail de l'emprise en lien avec la butée de l'objet. L'issue n'est pensable que dans la reprise d'un lien libidinal avec des objets vivants, ce qui nécessite le détour par l'investissement sadomasochiste. L'anorexie ne nous confronte pas à une forme de sadisme ou de masochisme dans la mesure où on pourrait penser que la patiente refuse de se nourrir par plaisir ou jouit de la souffrance de son entourage. Elle nous amène plutôt à considérer que l'axe sadomasochiste ne parvient pas à s'établir de façon suffisante, qu'il n'est en rien « bon à symboliser » et qu'il reste enkysté, en attente de reprise.

L'anorexie mentale peut débuter très tôt par une aménorrhée primaire, quand l'échappée des caractères sexuels secondaires qui transforment le corps prend prématurément un sens sexuel pour le moi. Tandis que la vie psychique est encore celle d'une enfant, le corps prend des rythmes différents, étrangers au vécu interne jusque là familier. Le sujet qui y perd son identité refuse d'accueillir ce féminin. L'expérience subjective de la rencontre sexuelle, rencontre de l'inconnu de soi et de l'inconnu de l'autre, est inaccessible car elle se heurte à une impasse. Un clivage du moi prend le relais. Une partie du moi se met à vivre hors temps, supprime l'inscription du corps dans la temporalité de ses rythmes et dissout l'étayage de la vie pulsionnelle sur l'autoconservation. Il s'agit d'annuler systématiquement le rythme des repas, du sommeil, de la détente, du cycle menstruel, de mutiler le temps linéaire où l'après peut devenir un avant, en le décapitant de son futur. Les patientes anorexiques souffrent d'un trouble de la capacité d'être seules en présence d'un autre et d'un trouble de la perception d'elles-mêmes. Leur difficulté à se détendre est le signe d'un défaut de transitionnalité.

Au sein de cette émergence mutative de la féminité, le déclenchement d'une anorexie est signe de désespoir et d'appel. La force de la révolte ne trouve pas de mots pour se dire ni même se penser. Elle laisse espérer par sa vigueur un remaniement psychique plus adéquat si elle trouve l'interlocuteur capable d'avoir la patience d'entendre, de donner le temps et la parole pour accompagner le devenir conscient de ce qui s'y répète.

Spécificités du fonctionnement psychique

Différents aspects de la réalité psychique des anorexiques sont contre-transférentiellement perceptibles. Elles ne peuvent pas faire un récit de rêve, ni évoquer des souvenirs investis. Elles ne savent pas trouver une saveur au présent, ni considérer le futur. Elles n'ont pas de place pour une temporalité propre. Leur temps représente les objets parentaux : il est immobile ou extérieur à elles, envahi de contraintes persécutantes relatives à se nourrir, se mouvoir et penser qui les empêchent de vivre. Mais paradoxalement ce temps troublé semble avoir une fonction auto-calmante. Est-ce de se faire éprouver activement ce qui a été passivement supporté autrefois ?

Au service du désinvestissement pulsionnel, du désengagement objectal et du clivage du moi, des modifications s'exercent dans cinq directions simultanément : la temporalité, le corps, le langage, l'auto-perception et l'autoconservation.

– La temporalité : ni passé, ni présent, ni futur. La destruction de la continuité du temps anéantit les interactions au sein de son déroulement. Effets d'après-coup, anticipation, feed-back et projets sont bloqués. Le temps tourne en rond.

– Le corps : le rythme biologique du corps (faim satiété, tension/détente, veille/sommeil) est saccagé. Le corps est déshabité méthodiquement.

– Le langage se désincarne et s'appauvrit. Il manque d'images et l'abstraction prédomine. La syntaxe se simplifie et le style personnel disparaît. L'activité représentative est profondément perturbée : le lien entre les représentations de choses et les re-

présentations de mots se désarticule. La communication est désertique.

– L'auto-perception est déformée. Le trouble de l'image du corps, souvent mis en avant, s'accompagne d'un doute sur la validité des sensations, des affects et des désirs propres. Se représenter son vécu, s'auto-informer sur soi-même deviennent des tâches indescriptibles, indécryptables. Les patientes continuent à se trouver grosses même lorsque l'amaigrissement est patent.

– L'auto-conservation est précaire et sa déficience est niée.

La réapparition des rêves et des souvenirs, de la densité du présent et de l'ouverture du futur, sont les indices d'un remaniement des rapports du moi et du Surmoi favorable à une guérison durable. L'évanescence de la tyrannie exercée sur l'alimentation, la motricité et l'intellect est la conséquence de la qualité retrouvée de la vie psychique. Ces modifications n'ont bien entendu rien à voir avec la disparition de l'amaigrissement par conformité aux attentes des objets, sans rétablissement de la subjectivité.

Pour tenter de comprendre davantage la spécificité de ce trouble il faut interroger les circonstances internes de son déclenchement. Le temps de l'adolescence est un temps critique. Face à l'absence de repère pour définir l'indéfini, la vie psychique opère une transformation. Elle va rechercher dans la mémoire une trace passée capable de symboliser le présent et de le rendre subjectif. En quête d'une intimité qui allie le visuel au tactile, elle remonte avant l'interdit du toucher qui a accompagné la croissance vers la puberté, jusqu'à la relation orale primaire. Mais au lieu d'une préforme de sa subjectivité, l'anorexique retrouve une agonie de sa subjectivité dans les traces de rencontre avec les objets parentaux. Ses efforts psychiques pour symboliser la découverte du corps à corps sexuel adulte au moyen des traces de corps à corps de la prime enfance rencontrent la mort. Ce contact de la sexualité avec la mort enclenche une compulsion de répétition qui témoigne de l'échec de la symbolisation.

Si, en apparence, la réaction anorexique semble une défense active contre la sexualité, en réalité c'est une compulsion de répétition des modes de rencontre avec l'objet primaire. Elle a l'allure d'une toute puissance phallique et orale, d'un circuit fermé autosuffisant pour se protéger du réveil de l'expérience agonique passée. Au lieu de subir la contrainte, elle la crée et met en acte un meurtre et une agonie qui ont déjà eu lieu dans un passé dont elle n'a pas la représentation. Son suicide différé est isomorphe à l'agonie de sa subjectivité, au meurtre du corps érotique et à sa seule survie biologique.

La temporalité rythmée de la relation orale précoce préforme la subjectivité. Le nourrissage contient un ajustement de l'objet au rythme personnel de succion, de respiration et d'endormissement. Lorsque l'objet a eu la tentation d'être envahissant en ressentant l'enfant à son image et en lui imposant son propre rythme, l'enfant a été mis en place d'être son double. Ce collage a empêché la reconnaissance de son altérité énigmatique. Ce défaut qualitatif de l'investissement revient hanter l'adolescente quand elle ne trouve pas en elle-même l'espoir de s'adapter à son propre rythme dans la rencontre avec la sexualité adulte. Sa dysrythmie anorexique, l'incohérence de sa motricité et de son sommeil, répètent le défaut d'ajustement parental au rythme interne qui se cherche.

La répétition à l'identique des traces perceptives laissées par le lien primaire oral contient l'épreuve d'une défaillance qualitative de l'investissement. Les bases de la subjectivité sont altérées par trois négativations conjointes : de la temporalité par l'immédiateté, du langage par perte de l'associativité des mots, de l'autoconservation par annulation de la capacité d'anticiper. Autrefois incapable de sentir le rythme de l'enfant pour l'anticiper, l'objet non malléable a obligé l'enfant à s'adapter à l'adulte. Annulant la conservation du rythme propre à l'enfant, il n'a pas transmis de traces premières de la capacité à s'auto-conserver. Il n'a pas accompagné l'enfant qui, partant d'un rythme informe, crée peu à peu les formes de son rythme personnel. La déficience de l'autoconservation est le rejeton de l'incapacité d'anticiper, acquise au contact de l'incapacité d'anticipation des adultes vis à vis de l'enfant. La façon dont ni le père ni la mère n'anticipaient pas son manque futur en la vivant comme leur double, est isomorphe de la façon dont l'anorexique rejette la pensée de son manque interne. Les mots perdent leur associativité parce qu'ils oublient qu'ils contiennent le manque propre à l'activité symbolisante. Au-delà du traumatisme, la problématique du clivage est à l'œuvre et, dans le présent, une perception hallucinatoire du passé non représenté fait constamment retour.

Le traitement : l'invention d'une temporalité subjective

La temporalité humaine contient l'expérience de la latence du fait du bi-phasisme temporel du développement de la sexualité humaine. Mais l'anorexique ne peut pas quitter l'immédiateté perceptive car sa possibilité de représenter est perturbée et l'empêche d'inventer des médiations pour entrer dans le temps, dans l'ordre du différé et du transitionnel. L'immédiateté est la trace de la zone traumatique sur la temporalité. Faire jouer la non immédiateté suppose de renoncer à la compulsion de répétition. C'est tout l'enjeu d'un traitement où prendre le temps de médiatiser.

Pourquoi le traitement hospitalier de l'anorexie apparaît-il comme un temps premier adéquat pour sortir du paradoxe de l'anorexie mentale (impossible compagnie, impossible solitude) ?

Le traitement hospitalier donne l'occasion d'expérimenter des relations d'objet qui permettent de créer et de construire les traces d'une relation à l'autre où existe la place pour le manque, la reconnaissance de la subjectivité et de l'altérité.

Par le biais de celui qui l'hospitalise, l'anorexique rencontre la représentation d'elle-même comme sujet d'un manque. Il lui propose d'être coupée, pour un temps indéterminé, de son milieu habituel et de se confronter à la solitude. Elle découvre qu'on peut savoir différer l'apparente urgence, quitter l'immédiateté pour suspendre le projet jusqu'à sa maturation. À la place des traces d'un objet avec lequel elle n'est pas sujet d'un manque, elle rencontre à travers ceux qui la reçoivent la représentation d'un avenir qui la constitue comme sujet. Cet avenir est marqué par l'inconnu et l'indéfini : « Nous ne savons pas, ni vous ni nous, dans combien de temps viendra un mieux-être et quand s'envisagera la sortie de l'impasse ». Ce traitement lui donne le temps et la parole. Attendre avec elle le temps indéterminé qu'il

faudra, prendre le temps, c'est créer la trace perceptive d'un moment où son rythme de nourrissage est reconnu et respecté.

Le deuxième temps de l'hospitalisation centré sur « quel futur et à quel rythme » parait tout aussi fondamental que le premier temps d'expérience de solitude et de transformation de la relation orale, car il permet de remonter de la temporalité archaïque à la temporalité adolescente en faisant l'expérience d'un lien avec un objet capable de passer du registre des rythmes premiers (nourrissage, quotidienneté) aux rythmes du passage à l'âge adulte, capable de s'adapter à ces transformations en évolution de jour en jour.

À la clinique de l'anorexie mentale se superpose la clinique des effets toxicomaniaques de la dénutrition. Un écueil barre classiquement l'accès à la clinique de la réalité psychique dans l'anorexie mentale : la confusion avec la clinique des effets toxicomaniaques de la dénutrition. Elle prête aux anorexiques une personnalité typique qu'on pourrait prendre pour indice de leur problématique subjective, alors qu'elle est hors individualité et identique chez toutes, et qu'elle disparaît comme un manteau qui se défait de leurs épaules au fil de la correction des perturbations nutritionnelles.

L'importance de l'accompagnement diététique est fondamental. Les réalimentations forcées, par intrusion violente du corps et de la psyché, induisent des traumatismes graves. Une réalimentation bien tempérée suit un rythme adapté à la physiologie, aux goûts et à la curiosité personnelle. Elle donne l'occasion d'une identification à un adulte capable de s'ajuster jour après jour au rythme de sa transformation. Cette transmission diététique crée et conserve un rythme nourricier vivant qui d'informe, se forme peu à peu à partir d'elle. Elle contre-indique le préconçu. Elle passe par le retour solitaire à des expériences précoces (toucher et mélanger le cru et le cuit, le sucré et le salé, le chaud et le froid, découvrir du nouveau...) autant de préliminaires à l'autonomie nutritive. Elle est, couplée au travail psychothérapeutique, la voie d'une reconstruction subjective suffisamment dégagée des problématiques d'emprise qui l'avaient jusque là entravée.

Colette COMBE
Chargée de cours à l'Institut de Psychologie,
Université Lumière-Lyon 2, Psychiatre,
Psychanalyste.

Alain FERRANT
Maître de Conférences à l'Institut de Psychologie,
Université Lumière-Lyon 2, Psychologue,
Psychanalyste.

Éléments bibliographiques

G. Bachelard, *La formation de l'esprit scientifique, contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, Paris, Vrin, 1986.

Besançon G. et coll., *L'anorexie mentale aujourd'hui*, La Pensée Sauvage, 1985.

Bruch H., *L'énigme de l'anorexie mentale*, PUF, 1979

Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique, Paris, Payot, 1978.

Brusset B., *L'assiette et le miroir*, Privat, 1977.

Brusset B., Couvreur C. et Fine A. Coll., La boulimie, Monographie de la Revue Française de Psychanalyse, PUF, 1991.

Chabrol H., *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*, PUF, Que sais-je ?, 1991, (Bibliographie)

Cahn R., *Adolescence et folie*, PUF, 1991

Combe-Monnier C., *La cure d'amaigrissement : vécu psychologique et image du corps*, Thèse de doctorat en médecine, Université Claude Bernartd, Lyon, 1980

Combe C., "L'écoute clinique du travail du négatif", Topique, 60, 1996

"Temporalité et contiguïté", Revue française de psychanalyse, 5, 1997

Debray R., Bébés, mères en révolte, Le Centurion, 1987.

Durif C., Perceptions et représentations du poids et des formes corporelles : une approche psycho-ethnologique, in *Informations sur les Sciences Sociales*, Londres, Sage, 29,2, 1990, 297-326.

Figures du corps gros et conceptions des aliments : le rapport au modèle, in *Nervure*, Journal de Psychiatrie, VI, 3, 1993, 23-32.

Durif-Bruckert C., *Microcosme digestif et travail de l'ingestion : les processus de l'incorporation*, soumis à parution.

Une fabuleuse machine, Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques, Paris, Métaillé, 1994.

Durif-Bruckert C., Fedida P., L'anatomie dans la psychanalyse, in *Lieux du corps*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, Paris, Gallimard, 3, 1971, 109-126.

Ferrant A., "Le festin d'emprise de l'anorexique", in *Entrevues*, 18, 1991

"Le lien d'emprise", in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 19, 1992

Flavigny C., "Anorexie, jeûne et purification", in *Topique*, 1991

Igoin-Apfelbaum L., "Belle définitivement", in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1993, "La plainte".

Jeammet P., "Comme il ne vous plaira pas : ni fille ni garçon, mais anorexique", in Soulé M., *Comme il vous plaira, fille ou garçon ?*, ESF, I99I

Jeammet P. et Coll., "Le devenir de l'anorexie mentale", in *Psychiatrie de l'enfant*, XXXIV, 1991.

Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S., *La faim et le corps*, PUF, 1977.

Kreisler L., Fain M., Soulé M., *L'enfant et son corps*, PUF, 1981.

Sagne J.-C., Le repas, acte d'alliance : l'oralité, fondement de la personnalité individuelle et du lien social, in *Dossiers du Centre Thomas More*, La Tourette, L'Arbresle, 1990.

Somatisations et problématiques d'attachement et d'emprise

Certaines maladies présentant un risque vital très important relèvent-elles de la somatisation ? Nous avons interrogé à ce sujet Marie-Claire Célérier...

– Canal Psy : Que recouvre concrètement le terme de grands somatisants ?
– Marie-Claire Célérier : pour moi les grands somatisants sont des personnes qui ont des maladies anormalement graves ou anormalement précoces par rapport à la moyenne. On peut envisager la psychosomatique sur le même modèle que celui que Freud a donné pour penser les relations entre la névrose et la normalité. Freud a décrit des névroses en étudiant des névrosés caricaturaux pour dire que nous étions tous des névrosés normaux. Nous sommes aussi tous des somatisants potentiels, avec des maladies bénignes. Certaines personnes présentent des maladies anormalement précoces et graves et chez elles, on repère mieux les particularités du fonctionnement psychique, qui sont caricaturales.

– Canal Psy : quelle compréhension proposez-vous des problématiques en cause ?
– Marie-Claire Célérier : j'insiste plus particulièrement sur les relations entre somatisations et problématiques d'attachement et d'emprise. Ce qui m'est apparu, au fil du temps, c'est que les facteurs psychiques déclenchant la maladie renvoient aux problèmes de séparation et à des conflits avec des personnes particulièrement investies. Ces problématiques se transfèrent dans le monde médical où les personnes se trouvent pour se faire soigner. Elles découlent d'une fragilité constituée très précocement dans les premières relations affectives. Le fonctionnement des grands somatisants est marqué par la tendance à la résolution des problèmes par des actes plutôt que par des élaborations fantasmatiques. Les affects connaissent une répression. À l'arrière-plan de ce fonctionnement, l'Ecole Psychosomatique de Paris place une dépression dite essentielle. Pour ma part je la vois comme une conséquence d'une perturbation très précoce des processus identificatoires qui, normalement, aboutissent à la reconnaissance de la séparation et de l'altérité. Il en résulte une dépendance manifeste ou masquée par une volonté d'emprise. Ce sont deux reponses qui renvoient toutes les deux à l'emprise initiale exercée sur l'enfant soit par un milieu cause de carence, où l'enfant se sent trop radicalement autre, soit par une famille qui se veut idéale, à l'abri de tous conflits et de toute altérité. Les deux autres problématiques sont plus connues. On tombe malade quand on se sent coupable de quelque chose qu'on ne peut assumer. Les maladies sont souvent plus bénignes, fonctionnelles et renvoient à une organisation névrotique. Dans les maladies de la honte, les personnes sont blessées narcissiquement. Elles ne se sentent pas à la hauteur d'une image idéale. En se laissant envahir par la maladie, elles trouvent une solution car la maladie peut excuser leurs défaillances, elles n'ont plus à faire leur preuve.

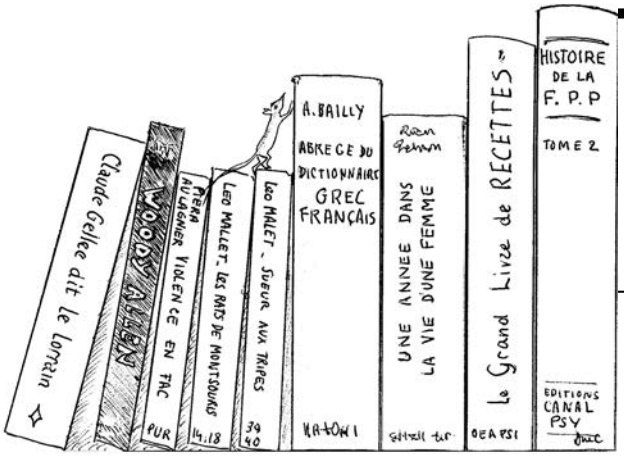
***Marie-Claire Célérier**, psychanalyste, a publié Psychothérapie des troubles somatiques, Dunod, 1997. La santé en France. Alternatives à la Hospitalo-centrisme, La pensée sauvage, 1994.*

– Canal Psy : La notion de bénéfice secondaire de la maladie pose la question de ce qui, dans la maladie grave, serait ou ne serait pas effectivement causé par le psychisme. Quel est votre point de vue ?
– Marie-Claire Célérier : Il n'est pas celui de beaucoup de somaticiens. Pour moi, la cause essentielle de la maladie est physique. Le " choix d'organe " est une faiblesse corporelle. Ceci dit, notre corps passe son temps à se défendre contre les maladies. C'est la mise en oeuvre de ces défenses qui ne se fait pas bien dans le cas où le psychisme a sa propre causalité et intervient beaucoup. La causalité psychique a pour effet de donner un feu vert à la maladie, elle entrave la mise en oeuvre des défenses organiques. Les somatisations graves résultent de la conjonction de ces deux causalités.

– Canal Psy : Comment s'effectue la prise en charge ?
– Marie-Claire Célérier : Certains patients me sont adressés parce que les médecins les trouvent trop angoissés ou trop déprimés. Au cours du premier entretien, je me présente comme quelqu'un qui s'occupe du moral parce que leur maladie est difficile à supporter et j'en arrive à leur demander s'ils ont une idée de ce qui a pu déclencher la poussée de leur maladie. Ils invoquent alors souvent des événements de la vie, ce qui n'implique pas dans leur esprit qu'on puisse y faire quelque chose. Mes interventions ultérieures s'établissent à deux niveaux. J'aide les patients à porter un nouveau regard sur les événements de leur vie en prenant conscience de leur dépendance excessive ou de l'emprise excessive qu'on a exercée sur eux et contre laquelle ils se révoltent. En ce qui concerne les équipes soignantes, je les sensibilise aux problématiques des patients pour les aider à mieux les supporter et à pouvoir s'y adapter. L'objectif est d'éviter rejet et épreuve de force que les comportements des patients pourraient induire parce qu'ils réactivent justement leur problématique (d'attachement et d'emprise) et risquent d'aggraver leur maladie.

– Canal Psy : Quels sont maintenant vos projets ?
– Marie-Claire Célérier : Je me suis lancée plus complètement dans l'approche anthropologique. Je voudrais étudier les facteurs culturels en jeu dans la maladie, dans la façon de la traiter comme aussi dans ce qui la déclenche. L'idée est aussi de me décentrer par rapport à un certain imaginaire propre à ma culture car, malgré la réflexion que je peux avoir sur le monde soignant, j'en fais partie et j'y participe.

Propos recueillis par Monique Charles



Bibliofil

L'art-thérapie en courants...

par Jean-Luc Sudres

Quand la psychiatrie rencontre l'art ...

L'introduction de l'art dans le champ de la psychiatrie s'effectue dès l'aube du XIXème siècle avec le divin Marquis de Sade qui organise à l'asile de Charenton des représentations théâtrales connues du tout Paris. Quasi contemporainement naît en ce même lieu un journal (« Le Glaneur de Madopolis ») célébré par la presse ordinaire. Ailleurs, les institutions asilaires offrent au travers de concerts et de bals ouverts au public un visage de la folie en lequel crainte et émerveillement se télescopent. Peu à peu les productions plastiques des internés attirent l'attention de quelques aliénistes qui débutent des collections. Des « oeuvres folles » intègrent des expositions d'artistes contemporains à Milan comme à Berlin ... Mais c'est surtout grâce à Ambroise Tardieu avec son « Étude médico-légale de la folie » (1872) illustrée par un dessin d'aliéné qu'une bascule s'initie. Dès cet instant, ces oeuvres de solitude effectuées pour la plupart dans la clandestinité suscitent un regard sémiologique fort bien inauguré par Max Simon et renforcé par le célèbre criminologue italien Cesare Lombroso. Les tentatives de mise en correspondance d'une production plastique et d'une pathologie mentale sont, depuis cette époque, légions, récurrentes et compulsivement infirmées.

De l'art des fous à l'art psychopathologique : Le creuset de la modernité

La première décennie du XXème siècle scelle cet intérêt avec les ouvrages de Joseph Rogues de Fursac (« Les écrits et les dessins dans les maladies mentales et nerveuses ») et Marcel Réja (« L'art chez les fous ») tout en essayant de comprendre le paradoxe apparent de la création.

Les années vingt apportent :

– d'une part la monographie de Walter Morgenthaler (1921) sur un de ses patients : Adolf Wolfli. Si, avec cet acte, le sacro-saint secret professionnel vole en éclats sous couvert artistique, cette question ne surgira avec acuité dans la clinique art-thérapique française qu'aux contours de la décennie 80,

– d'autre part le volumineux travail de Hans Prinzhorn (« Expression de la folie ») en 1922, portant sur près de 5000 oeuvres issues de 450 internés européens, pose la question essentielle de la « gestaltung ».

Quasi en même temps, le Surréalisme naissant s'instaure en tant que juge et critique de la société contemporaine fustigeant, entre autres, les médecins chefs des asiles et les soins dispensés en ces lieux. Dans les interstices de leurs accusations, ils introduisent la psychanalyse et en viennent à chercher « ce qu'il peut y avoir de génial dans la folie ». Une telle proposition remet radicalement en cause l'appréhension déficitaire de la folie. Fou parce que artiste ou artiste parce que fou ? Cruciale question ... Progressivement les aliénistes accordent à ces « productions de déraisons » une considération qui se finalise par la mise à disposition de matériaux et d'outils de qualité. Les vertus apaisantes de l'expression créative adviennent sur le devant d'une scène accueillant dans les années trente la fameuse « ergothérapie ». Dans le même instant, nos collègues d'Amérique du Nord, déjà coutumiers de la « Bibliotherapy », forgent par la voix de Margaret Naumburg le fameux concept « Art-Therapy ». Débarquant dans l'hexagone aux confins des années soixante, il suscitera d'emblée des polémiques sémantiques toujours actives.

La psychopathologie de l'expression : une néoténie ?

En 1959 « l'art psychopathologique« (alias « art des fous ») se transforme en « psychopathologie de l'expression » comme l'officialise la création de la Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression, puis la branche française de celle-ci (Société Française de Psychopathologie de l'Expression) quelques années plus tard.

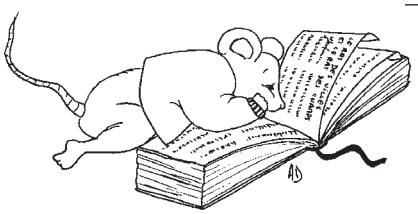
Les apports psychodynamiques, tout comme ceux issus des travaux de la graphomotricité et de l'anti-psychiatrie, se condensent dans l'après-coup de la révolution introuvable de Mai 1968 en une quête de « créativité - imagination » teintée d'un humanisme candide favorisant une mise sur la sellette de l'art-thérapie. Dès cette époque, le débat sur le terme d'art-thérapie s'installe. Durant cette période emplie de soubresauts conflictuels et de publications novatrices, l'art-thérapie entre en université sous la forme de D.U. (Diplôme d'Université) d'une part avec des intitulés variés, d'autre part avec des contenus et des durées forts différents selon les localisations. Toutefois, cette mise en institution ne s'accompagne pas, contrairement à la Grande Bretagne par exemple, d'une reconnaissance par les instances officielles de santé.

Entre aujourd'hui et demain: une nécessaire affirmation

Actuellement, l'absence d'inscription en tant que profession médicale continue à lui conférer un statut flottant, si ce n'est marginal. Outre cela l'art-thérapie « made in France » jouit d'un isolement paradoxal ! Des initiatives, telle que le lancement de la revue « International Journal of Art-therapy », nourissent par delà les frontières l'espoir de reconnaissance et de collaboration avec des collègues.

À l'approche du 3ème millénaire, l'art-thérapie française se doit d'abandonner ses querelles internes afin de faire reconnaître sa place et sa modernité.

Jean-Luc SUDRES
Psychomotricien D.E., Docteur en Psychologie
Centre d 'Etudes des Processus Psychologiques
(Université de Toulouse le Mirair)



BIBLIOGRAPHIE

par Jean-Luc Sudres

BOYER A., *Manuel d'art-thérapie*, Toulouse, Privat, 1992.
Avec l'ouvrage de M. Muret « Les arts-thérapies », il constitue l'introduction la plus abordable à cette pratique clinique.

BRAUNER A. et BRAUNER F., *L'expression psychotique chez l'enfant*, Paris, PUF, 1978.
Dans le présent ouvrage, les auteurs dévoilent les étonnantes possibilités d'expressions créatives d'enfants et d'adolescents psychotiques. L'art-thérapeute puisera là un enseignement qu'il maturera avec la lecture de « J'ai dessiné la guerre. Le dessin de l'enfant dans la guerre » (Paris: L'expansion Scientifique Française) publié par les mêmes auteurs en 1991.

BROUSTRA J., *Expression et psychose. Ateliers thérapeutiques d'expression*, Paris, ESF, 1987.
Outre un aspect théorico-clinique richement documenté où s'apprécie une synthèse de haut niveau entre la phénoménologie, les nouvelles thérapies, les mouvances de l'art et la psychanalyse lacanienne, l'auteur nous plonge agréablement dans sa pratique institutionnelle. Si l'auteur n'hésite pas à proposer une théorisation hardie sur « la psychothérapie interlangagière de la psychose », il néglige encore moins de traiter le délicat domaine de la formation et de la recherche. A chaque relecture, cet ouvrage amène son lot de réflexions ...

BROUSTRA J., *L'expression. Psychothérapie et création*, Paris, ESF, 1996.
Cet ouvrage complète avec force et cohérence le précédent. Les pistes de réflexions et de recherches cliniques y abondent.

FORESTIER R. et CHEVROLLIER J.P., *Art-thérapie. Des concepts à la pratique*, Vouvray, Jam - Cantigas, 1982.
Ce petit livre émanant de ce que nous pourrions appeler l'école de Tours, développe avec un souci de clarté pédagogique des concepts dits de « base artistique » (la sensorialité, l'expression, l'implication, etc.) A côté de ces derniers prennent places des développements sur la méthodologie et la pratique art-thérapique en institution. Ces aspects forment la partie la plus intéressante de l'ouvrage.

KLEIN J.P. (Ed), L'art en thérapie. Marseille : Hommes et Perspectives, in *Le Journal des Psychologues*, 1993.
Ce collectif offre un corps de trois grands chapitres clefs. L'un (« Mises en scènes ») aborde l'espace théâtral avec notamment des propos sur le « théâtre play-back » et le « théâtre actanciel » fort peu connus en France. Un autre (« Mises en sons et en rythmes ») traite avec brio de la voix, de la musique et de la danse. Un enfin (« Mises en couleurs et en volumes ») parcourt le maquillage, la sculpture et la dynamique du processus créateur avec des éclairages pertinents.

MURET M., *Les arts-thérapies*, Paris, Retz, 1983.
En quelques douze chapitres, au demeurant à l'écriture alerte, l'auteur investigue la définition de l'art thérapie, les fonctions de l'art, les mécanismes de la création, les principales médiations (dessin, peinture, modelage, musique, danse, théâtre, photographie, cinéma, vidéo, littérature) et la profession d'art-thérapeute. Malgré son ancienneté et sa non réédition, cet ouvrage demeure une référence cardinale hélas mal connue.

PAÏN S. et JARREAU G., *Sur les traces du sujet*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1994.
En trois grandes parties, les auteurs réussissent à traiter d'une part la problématique de la représentation, du cadre et de la position de l'art-thérapeute, d'autre part les techniques d'art-thérapie avec un pragmatisme fort clair et illustré par des vignettes cliniques significatives.

RODRIGUEZ J. et TROLL G., *L'art-thérapie. Pratiques, techniques et concepts*, Paris, Ellébore, 1995.
Présenté comme un manuel alphabétique, ce livre parcourt quelques 60 thèmes traités de manière synthétique avec une approche pluridisciplinaire assez rare en matière d'art thérapie. Il s'agit d'un manuel fort utile si le lecteur dispose déjà d'une information minimale sur ce champ.

SUDRES J.L., *L'adolescent en art-thérapie*, Paris, Dunod, 1998.
L'auteur fait le point sur les aspects de cette pratique mal connue. Une première partie historique et conceptuelle est suivie d'une analyse concrète permettant de mieux saisir les indications, les objectifs et les stratégies cliniques ailleurs peu ou mal appréhendés. La troisième partie étudie les processus à l'œuvre dans l'art-thérapie et présente les modalités évaluatives (tests, questionnaires, grilles, etc.). L'ensemble est largement illustré par des vignettes cliniques et des reproductions de dessins ou moulages s'y rapportant. La quatrième partie constitue un inventaire des ressources et des adresses utiles (formations, sociétés scientifiques, lieux ressources, etc.); elle recense l'essentiel des documents écrits et visuels sur l'art-thérapie.

AGENDA

LYON ET R GION

Stress et travail. Quelles problématiques, quelles interventions ? lundi 20 avril, organisé par la Formation Continue de Psychologie de l'Université LUMIÈRE-Lyon 2, 5 av. P. mendès france, 69676 BRON Cedex. Lieu : Amphi Culturel, même adr. Tarifs : 400F, étu. 50F. *Rens. (le matin) 04.72.73.06.18. – Fax 04.78.69.72.79.*

La professionnalisation et la compétence : une question de psychologie, par Janine CORNATON-ROCHE, MAFPEN, lundi 20 avril de 14h à 17h, organisé par le L.E.A.C.M. (Labo. d'Étude et d'Analyse de la Cognition et des Modèles) – Équipe d'accueil 654, Université LUMIÈRE-Lyon 2, 5 av. P. Mendès France, 69676 BRON Cedex et l'I.N.R.E.T.S., Centre Rhône-Alpes, BRON. Lieu : Salle L. de Vinci, 25 av. F. Mitterrand, 69500 BRON. *Rens. 04.78.77.23.51. – Fax 04.78.77.26.98.*

Bases cognitives et sensorielles dans la compréhension des métaphores, par Frédéric ROUSSET, doctorant, lundi 20 avril de 14h à 17h, organisé par le L.E.A.C.M. (Labo. d'Étude et d'Analyse de la Cognition et des Modèles) – Équipe d'accueil 654, Université LUMIÈRE-Lyon 2, 5 av. P. Mendès France, 69676 BRON Cedex et l'I.N.R.E.T.S., Centre Rhône-Alpes, BRON. Lieu : Salle L. de Vinci, 25 av. F. Mitterrand, 69500 BRON. *Rens. 04.78.77.23.51. – Fax 04.78.77.26.98.*

Sur Gilles Deleuze : le balai de la sorcière, par Jean-Clet MARTIN, jeudi 23 avril à 19h30, organisé par la Villa Gillet, 25 rue Chazière, Parc de la Ceriseraie, 69004 LYON. Lieu : I.U.F.M., 4 rue Chazière, 69004 LYON. Tarifs : 50F, étu. 30F. *Rens. 04.78.27.02.48. – Fax 04.72.00.93.00.*

Comprendre la demande de justice aujourd'hui, avec Senis SALAS, magistrat, Institut des Hautes Études Juridiques, vendredi 24 avril, organisé par Recherches et Promotion, 133 Grde Rue de la Guillotière, 69007 LYON. Lieu : Institut Régional d'Administration de Lyon (IRA), Parc de l'Europe Jean Monnet, 69100 VILLEURBANNE. Tarif : 400F. *Rens. 04.72.82.17.17.*

La contextualisation des connaissances, par Claude BASTIEN, Professeur à l'Université de Provence, lundi 27 avril de 14h à 17h, organisé par le L.E.A.C.M. (Labo. d'Étude et d'Analyse de la Cognition et des Modèles) – Équipe d'accueil 654, Université LUMIÈRE-Lyon 2, 5 av. P. Mendès France, 69676 BRON Cedex et l'I.N.R.E.T.S., Centre Rhône-Alpes, BRON. Lieu : Salle L. de Vinci, 25 av. F. Mitterrand, 69500 BRON. *Rens. 04.78.77.23.51. – Fax 04.78.77.26.98.*

Pourquoi est-il si difficiles d'être parents ? mercredi 29 avril, organisé par La Maison Cerise, 3 rue du Collovrier, 69130 ECULLY. Lieu : L'Espace Ecully, 7 rue du Stade, ECULLY. Tarif : 40F. *Rens. 04.78.33.23.60.*

Le corps dans le processus du transfert, par Serge SILLITTO, mardi 5 mai à 20h45, organisé par l'A.C.F. (Ass. pour la Cause Freudienne) Rhône-Alpes. Lieu : Centre Rimbaud, 7 rue de la Résistance, 42000 ST-ETIENNE. Tarif : 30F. *Rens. 04.78.58.07.72.*

L'intelligence du cœur, par Isabelle FILLIOZAT, psychothérapeute, écrivain, mercredi 6 mai à 20h30, organisé par l'Ass. SA.MA.SA. Éducation (SAnté-MAladie-SAnté), 5 rue des Jardins, 69600 OULLINS. Lieu : salle de la Mairie du 3e,

Nouveautø de la Formation Continue de l'Institut de Psychologie

Session sur l institution

Un cadre d accueil et de travail pour penser les processus psychiques l uvre dans les er
institutionnels et notamment pour les øquipes.
Les intervenants soutiennent et døveloppent avec les participants des propositions qu ils c
ølaborøes partir de leurs expøriences. Les participants ont du temps libre pour faire des
les interventions.

Intervenants : Michle GROSJEAN, Bernard DUEZ, Denis MELLIER, ma tres de conførences l Univ
LUMI¨RE-Lyon2, Bernard CHOUVIER, professeur l UniversitØ LUMI¨RE-Lyon2, Jean-Pierre PINEL,
ma tre de conførences l UniversitØ Paris 13, velyne GRANGE-S G RAL, psychologue,
psychothØrapeute, Ass. pour le DØveloppement du Soin Psychanalytique Familiale, Bruno SIMON
sociologue, Ass. Rh ne-Alpes pour la Formation de Directeurs d tablissement Social.

Dates et durøe : trois jours les 27 mai de 9h, 28 mai de 9h 20h et 29 mai de 9h 17h.
Coßt : individuel 2000F, prise en charge par l'employeur F. 3000

Formation Continue de l'Institut de Psychologie
Døpartement Formation en Situation Professionnelle
UniversitØ LUMI¨RE-Lyon 2, 16, quai Claude Bernard 69007 Lyon
Programmes, renseignements et inscriptions : tøl. 04.72.73.06.18. et fax 04.78.69.72.79.

215 rue Duguesclin, 69003 LYON. *Rens. 04.78.51.94.11. ou 04.78.22.20.91.*

Neurosciences et théorie de l'évolution, par J. N. MISSA (Bruxelles) et J. Gayon (Paris), jeudi 7 mai de 14h30 à 18h, organisé par l'Institut des Sciences Cognitives, 67 bd. Pinel, 69500 BRON. Lieu : même adr.

La relation d'aide à l'enfant à l'école : différents aspects du travail d'aide en R.A.S.E.D. (Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficultés), mercredi 13 mai de 14h30 à 17h30, organisé par l'A.R.E.N. 01 (Ass. des Rééducateurs de l'Éducation Nationale de l'Ain). Lieu : Amphi. Alimenjec, rue Henri de Boissieu, 01000 BOURG-EN-BRESSE. Tarif : 40F. *Rens. 04.50.48.01.94. ou 04.74.30.51.71.*

Chants amébées : du conte au langage cuit, par Jacques ROUBAUDet Marcel BÉNABOU, jeudi 14 mai à 19h30, organisé par la Villa Gillet, 25 rue Chazière, Parc de la Ceriseraie, 69004 LYON. Lieu : I.U.F.M., 4 rue Chazière, 69004 LYON. Tarifs : 50F, étu. 30F. *Rens. 04.78.27.02.48. – Fax 04.72.00.93.00.*

Impact de la personnalité et des intérêts professionnels sur le choix et l'évolution de la carrière, par Robert FLYNN, Pr. agrégé de Psychologie, École de Psychologie de l'Université d'Ottawa (CANADA), samedi 16 mai de 9h30 à 11h30, organisé par la F.P.P. (Formation à Partir de la Pratique), 16 quai C. Bernard, 69007 LYON. Lieu : même adr., amphi 136. Entrée gratuite. *Rens. 04.78.69.70.23.*

INFORSID, XVIe Congrès (Informatique des

AUTRES R GIONS

12 au vendredi 15 mai. Lieu : MONTPELLIER. *Rens. INFORSID, 20 rue A. Duboul, 31100 TOULOUSE.*

Dedans ? Dehors ? Où en est le travail avec les familles des sujets déficients visuels ? vendredi 15 et samedi 16 mai, organisé par l'A.L.F.P.H.V. (Ass. de Langue Française des Psychologues Spécialisés pour Handicapés de la Vue), 23 rue Arago, 69100 VILLEURBANNE. Lieu : Centre Régional de Documentation Pédagogique, 31 bd. d'Athènes, MARSEILLE. Tarifs : 700F (actes compris), 220F/Jour, étu. 250F. *Rens. 04.72.33.89.59 – Fax 04.91.52.43.27.*

Le stade du miroir, mercredi 16 mai à 21h15, organisé par les Séminaires Psychanalytiques de Paris, 62 rue de Seine, 75006 PARIS. Lieu : Cité Universitaire, 19 bd. Jourdan, 75014 PARIS. *Rens. 01.48.27.76.06. – Fax 01.46.47.60.66.*

Questions sur l'ethnopsychiatrie, par Pr Tobie NATHAN, samedi 16 mai, organisé par le C.E.F.A. (Centre d'Étude de la Famille), 95 bd. St-Michel, 75005 PARIS. Lieu : Hôpital Laënnec, PARIS. Tarifs : 400F, F.C. 500F. *Rens. 01.43.54.98.84. – Fax 01.43.54.30.28.*

Quels soins en prison ?, par Catherine FARUCH, psychiatre, chef de service à l'hôpital Marchant, samedi 16 mai de 18h à 20h, organisé par Carrefours et Médiations, La Source, 26 ch. du Bessayré, 31240 ST JEAN. Lieu : École Supérieure de Commerce, 20 bd. Lascrosses, TOULOUSE. Tarif : 60F. *Rens. 05.61.74.23.74. – Fax 05.61.74.44.52.*

Le déracinement, samedi 16 et dimanche 17 mai, organisé par la Société Française de Thérapie Familiale Psychanalytique, 9 rue Prés. Roosevelt, 33400 TALENCE. Lieu : Salle Athénée, BORDEAUX. *Rens. 05.57.96.93.74.*

Prises en charge d'hier, accompagnements d'aujourd'hui... Et demain ? samedi 16 et dimanche 17 mai, organisé par le GERSE. Lieu : Ass. Départementale des Foyers d'Accueil pour Adultes Handicapés, Foyer "Arcadie", 43 rte de Taisey, 71100 ST REMY. *Rens. 03.85.42.44.85. – Fax 03.85.42.44.86.*

Maltraitances familiales et institutionnelles, mercredi 27 mai, organisé par l'Association Française de Psychatrie et de Psychologie Sociales, 23 rue de la Rochefoucauld, 75009 PARIS. Lieu : Hôpital Sainte Anne, Service du Pr H. Loo, Amphi. Deniker, 7 rue Cabanis, 75014 PARIS. *Rens. 01.49.70.88.63. – Fax 01.42.81.11.17.*

La spirale des médiateurs comme provocation à l'expression et à la rencontre. Qu'est-ce donc que ce trait d'union entre art et thérapie qui fait art-

PR VOIR

thérapie, samedi 6 juin, organisé par l'I.R.A.M.E. (Institut pour la Recherche et l'Association des Médiateurs de l'Expression), 60 rue Maurice Liétart, 1150 BRUXELLES, BELGIQUE. Lieu : Salle Amicolmi, 12 rue Père Eudore Devroye, 1040 BRUXELLES. Tarifs : 1500FB, étu. 1000FB. Inscription avant le 15 mai. *Rens. (19 32) 02/762.51.37.*

Les informations contenues dans les diverses rubriques de ce journal ne sont pas de la publicité.

Colloque International de Médiation familiale

L'enfant au risque de l'oubli

Vendredi 5 juin
Le couple en situation
de séparation ou de divorce
Les enfants du divorce, des enfants oubliés ?

Samedi 6 juin
Le cadre légal
Modèles et interrogations en médiation familiale

Lieu :
Université Catholique de Lyon

Renseignements : Transit Communications
Tél. 04.78.27.88.44. – Fax 04.78.28.68.63.

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 (6 numéros) à partir du mois de ..... 19.....
et retourne ce bulletin accompagné d'un chèque de :

O 90 F étudiant Lyon 2

O 150 F professionnel

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

Nom.....
.....

Prénom.....
.....

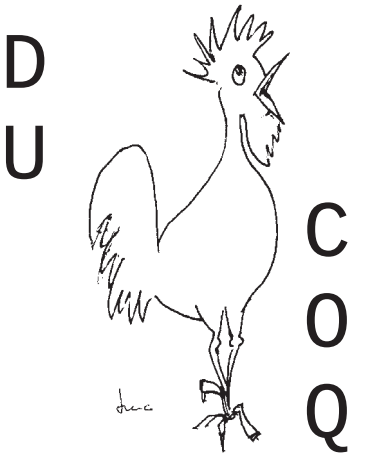
Adresse.....
.....

.....
.....

.....
.....

Tél :
.....
.....

Qualité (étudiant en / profession)



Publications

B. Chouvier et Coll., *Symbolisation et processus de création*, Paris, Dunod, 1988, 216 p. Cet ouvrage collectif sous la direction de Bernard Chouvier aborde la création comme un processus où œuvrent les deux pôles de l'intime et de l'universel.

Par des entrées diverses, les multiples paradoxes de la création sont interrogés.

Jusqu'où va l'universalité de l'œuvre et comment l'intimité étrange de l'inconscient s'y relie ? Qui est le sujet de l'œuvre ? Comment comprendre l'expérience partagée que permet la création, le jugement et la puissance esthétique qui en résultent ? À quelles finalités peut être voué le travail de symbolisation qui s'effectue dans la création ? Comment rendre compte que l'œuvre ne soit pas obligatoirement vouée à la répétition mais dessine parfois un trajet ?

Dans une première partie "L'universalité et ses failles" se trouvent les articles :

– le divin, aux carrefours de l'expérience intime et de la relation avec l'universel (André Green),

– le jugement esthétique. Un instrument logique étrange entre l'intime et l'universel (Jean Guillaumin),

– harmonie et dissonance. L'universalité de l'art à l'épreuve du disparate (Daniel Payor).

"L'esthétique entre la parole et le sens" regroupe les contributions suivantes :

– du sens au sensible : logique, jouissance et style (Julia Kristeva)

– à la source du plaisir esthétique. Le croisement des auto-érotismes (Jacques Hochmann)

– l'inspiration, le poème, la langue, la voix (Bruno Gelas)

Enfin, dans "la symbolisation de l'intime", on lira :

– le paradoxe intimiste et la création (Bernard Chouvier),

– désir de créer, besoin de créer, contrainte à créer, capacité à créer (René Roussillon),

– le miroir d'encre en questions. Le travail créatif et son devenir à travers les fictions de Borges (Monique Charles)

Appels à contributions

l *Groupe Français d'Épidémiologie Psychiatrique*

Les comportements à risque, congrès annuel du G.F.E.P., Beaune (côte-d'or), 15 avril 1998.

Le psychiatre et de plus en plus souvent interpellé par la question des comportements à risque, aussi bien dans la pratique clinique que dans les actions de prévention et dans la démarche de santé publique. Les conduites suicidaires manifestes et leurs équivalents, les toxicomanies, la recherche de la violence et autre prise de risque paraissent prendre une importance grandissante dans le champ social et dans celui de la santé.

Quels éclairages l'épidémiologie peut apporter quant aux dimensions du problème, notamment dans les populations apparemment exposées ? Quels peut-être sa contribution à la compréhension des déterminants psychopathologiques, en relation avec de nouvelles formes d'expression clinique ?

La démarche épidémiologique peut-elle permettre de mieux tracer la différenciation de ce qui est de l'ordre social et de ce qui est de l'ordre de la souffrance psychique?

Programme :

– l'appréciation du risque et les stratégies de maîtrise (M. Moatti, Marseille)

– toxicomanie et suicide chez l'adolescent et le jeune adulte (M. Choquet, Haris)

– gestion des risques dans les pratiques de soins (J. L. Terra, Lyon)

– suicide, alcool et violence (J. Ades, Paris)

– risque collectif et risque individuel.

Séances simultanées de communications sur le thème et de communications libres, et atelier méthodologique.

Propositions de communication, inscriptions et renseignements : secrétariat général du G. F. E. P. – Dr J.-P. Vignat, C.h. Saint Jean-de-Dieu, 290 rte de Vienne, 69373 Lyon Cedex 08 – Tél. : 04 78 09 78 91 – fax : 04 78 09 79 16

À prévoir...

l *Séminaire résidentiel proposé par le C.E.F.F.R.A.P.*

Dates : du 20 au 24 juillet 1998 (en internat).

Lieu : 54, rue de Garches, 92420 Vaucresson.

La session résidentielle, comme toutes les situations proposées par le C.E.F.F.R.A.P., offre aux participants l'occasion d'un travail personnel qui vise à éclairer les effets de l'inconscient dans une situation groupale.

– sa durée est de 5 jours ;

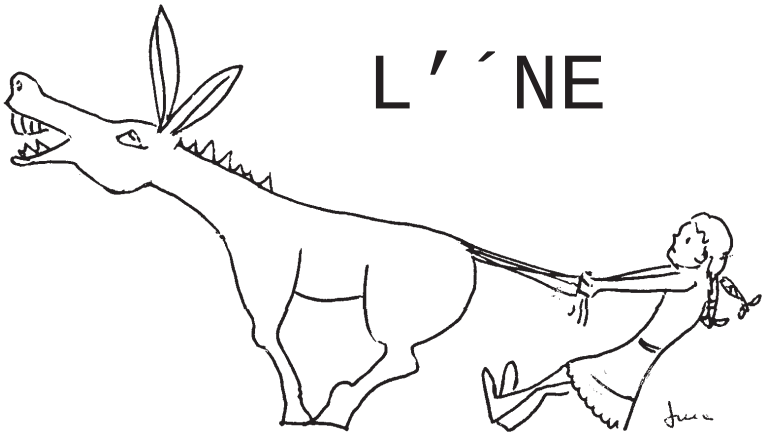
– les participants vivent sur place durant la durée de la session et les temps "hors séance" font partie intégrante de l'expérience. Ce cadre assure une coupure avec la vie quotidienne habituelle ;

– son dispositif comporte une alternance de petits groupes : séances de psychodrame ; et de grands groupes : séance plénière réunissant l'ensemble des participants et des moniteurs. L'alternance permet d'expérimenter et d'explorer, entre autres, des effets de rythme, de rupture et de transition par le passage d'une situation à l'autre.

Conditions d'inscription : Employeurs : 7000 F / pers. Particuliers : 5000 F (hébergement et repas compris).

Cotisation annuelle au C.E.F.F.R.A.P. : 400 F.

Renseignements : cercle d'études pour la formation et la recherche active en psychologie (dynamique de la personnalité et des groupes humains fermés à, 3 place Edouard Renard, 75012 Paris, tél. et fax : 01 43 40 16 09.



Vous êtes éditeur, organisateur de manifestations, formations...
La rubrique Coq à l'Âne est ouverte à l'actualité de la psychologie.
La rédaction se réserve cependant le droit de juger de l'opportunité des informations, cette rubrique n'étant pas de la publicité.

Introduction la psychopathologie

À l'occasion de la parution récente de son Introduction à la psychopathologie, nous avons rencontré Jean Ménéchal, maître de conférences à l'Université LUMIÈRE-Lyon 2.

– Canal psy : quel public vise votre « introduction à la psychopathologie » ?
– Jean Ménéchal : la nouvelle collection de Dunod, « Topos », où je publie, se donne pour objectif d'initier dans les domaines des sciences humaines, les étudiants de premier cycle. En ce qui concerne la psychopathologie, son enseignement ne débute qu'en licence, sur un mode encore optionnel. Mon précis s'adresse donc aux étudiants qui découvrent cet ensemble théorique.

– Canal psy : j'imagine qu'introduire la psychopathologie ne doit pas être simple. Quelles sont donc les considérations qui ont guidé votre approche ?
– Jean Ménéchal : je pense que la psychopathologie occupe une place centrale dans l'enseignement de la psychologie clinique. Elle est un essai de faire science, c'est-à-dire un essai d'élaboration scientifique de la souffrance psychique. Transmettre cette discipline particulière de la psychologie, qui fait le pont avec la biologie, la philosophie et la politique, suppose des exigences de méthode. Je clarifie d'abord les différentes théories qui ont contribué à donner à ce corpus sa forme actuelle. Si j'adopte comme axe la théorie freudienne, cela n'exclut pas la mise en question ni le travail pour actualiser ce cadre de référence. J'envisage les grandes catégories de troubles psychiques en explorant le champ des psychoses, des névroses et celui des pathologies du narcissisme. Les aspects historiques, cliniques, étiologiques, et thérapeutiques constituent, pour chacune des organisations psychiques, les axes d'analyse. Mon deuxième objectif était de situer la psychopathologie en fonction des professions. Nous avons la chance, en France, d'avoir des professions réglementées pour l'exercice de la profession clinique. Ce qui permet de différencier les théories de référence et les pratiques professionnelles. La psychopathologie apparaît alors comme ce corpus constitué ayant valeur d'une épistémologie de la psychiatrie et de la psychologie clinique. Un autre enjeu de cette situation de la psychopathologie dans l'axe des professions étaient de débattre de la tentation de la psychanalyse à absorber l'ensemble des questions d'ordre psychique, et des réactions antipsychanalytiques que cette position entraine.

– Canal psy : Quels sont les points que vous avez voulu particulièrement mettre en évidence ?
– Jean Ménéchal : l'essentiel pour moi, est de faire percevoir la réalité de la maladie mentale, ce qui n'implique pas pour autant une vision médicale de la psychologie clinique. Il est important de maintenir fermement deux exigences : proposer une théorie qui implique une vision élargie du psychisme, qui ne soit pas une vision psychiatrisante, pour dire les choses simplement ; et aussi donner aux étudiants des éléments qui leur apportent une idée précise de la pathologie mentale et des organisations repérables.

– Canal psy : est-ce que cela ne revient pas à réintroduire les axes de la nosologie et la légitimité du diagnostic ?
– Jean Ménéchal : le terme de nosologie reste très attaché à la psychiatrie et à ses modalités de diagnostic. La sémiologie, par contre, concerne la reconnaissance des signes, leur traduction sous forme de symptômes. Elle ne participe pas d'une vision objectivante et ne se limite pas, non plus, à un pur subjectivisme. Comme je le propose dans mon livre, elle se fonde sur une approche classificatoire renvoyant à la compréhension de la symptomatologie au sein des grandes organisations psychiques. Elle intègre la reconnaissance et l'identification du symptôme dans le cadre de la relation malade-clinicien. Le diagnostic est à concevoir comme partie prenante de ce jeu d'aller-retour entre objectivité et subjectivité où l'adresse inconsciente du symptôme est un élément déterminant. On peut donc revendiquer l'existence d'un diagnostic qui ne serait pas psychiatrique mais bien psychopathologique.

– Canal psy : cet ouvrage, en fonction même de ses contraintes formelles, vous donne-t-il, au final, de nouvelles perceptions des questions explorées ?
– Jean Ménéchal : l'intérêt de ce travail de synthèse, c'est de préciser un certain nombre d'éléments sur ce qu'il est possible de dire maintenant sur la place respective des différentes théories et leurs échanges en questionnant systématiquement leurs apports à la psychopathologie. Cet ouvrage m'aura permis de préciser plus nettement les lieux où l'actualisation de la pensée freudienne est possible, nécessaire et d'ailleurs déjà largement engagée.

– Canal psy : à ce propos, comment vous situez-vous relativement à D. Widlöcher ?
– Jean Ménéchal : je rappelle, dans mon livre, que D. Widlöcher a proposé un pontage entre la psychanalyse et les acquisitions nouvelles en neurobiologie et cognisciences. Pour lui, l'approche psychanalytique de la psychose devrait être actualisée. Elle devrait emprunter la direction indiquée par Freud dans son « Esquisse d'une psychologie scientifique » et s'engager dans une « neuropsychologie de la psychanalyse ». Pour ma part, je pense que les deux principales théories « concurrentes » de la psychanalyse – l'approche biologique et l'approche comportementale – n'offrent qu'un éclairage très partiel de l'activité psychique. En revanche, la mise en discussion de leurs avancées avec la théorie freudienne de l'inconscient s'avère potentiellement fructueuse. Elle éclaire notamment certains aspects de la clinique des psychoses qui était restés en travail et en devenir dans l'œuvre freudienne.

Propos recueillis par Monique CHARLES

Jean MENECHAL, *Introduction à la psychopathologie*, Dunod, 1997, 120 p., 49 F.

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.

Directeur de la publication : Bruno GELAS, Président de l'Université – **Directeur délégué** : Albert CICCONE
Rédaction : Monique CHARLES – **Conception et réalisation** : Gaëlle CHEVRIER

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

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)
et à la Librairie Berthezène, Campus de Bron, bâtiment K