

SOUS LE SCEAU DE L'UNIVERSITE EUROPEENNE DE BRETAGNE

UNIVERSITE RENNES 2

Ecole Doctorale - Sciences Humaines et Sociales

Laboratoire de Cliniques Psychologiques, Psychopathologies et Criminologies (EA 4050)

**PASSAGE A L'ACTE ET ANGOISSE PAROXYSTIQUE :
INTERROGATION PSYCHO-CRIMINOLOGIQUE**

**THESE de DOCTORAT
Discipline : PSYCHOLOGIE**

Volume 1

Présentée par Isabelle LE GOFF

Directeur de thèse : Pr Loïck M. VILLERBU

Soutenue le : 14 décembre 2009

JURY :

André SIROTA, Professeur émérite, Université de Paris X Nanterre (Rapporteur)

Daniel BEAUNE, Professeur, Université de Lille 3 (Rapporteur)

Patrick JEGO, Professeur, PH, Université de Rennes 1

Loïck M. VILLERBU, Professeur, Université de Rennes 2 (Directeur de thèse)

Astrid HIRSCHMANN-AMBROSI, Maître de conférences, Université de Rennes 2

Remerciements

Je tiens à remercier le Professeur Loïck M. Villerbu pour la confiance qu'il m'a accordée depuis le début de ce cheminement. Son oreille attentive, sa clairvoyance, ses mots justes ... m'ont guidé jusqu'à l'aboutissement de mon travail.

Je souhaite y associer la présence « contenante » et structurante de toute l'équipe enseignante du laboratoire de Cliniques Psychologiques, Psychopathologies et Criminologies. La pertinence des critiques, en particulier d'Astrid Hirschelmann-Ambrosi qui m'ont plus d'une fois tirée de l'imbroglio d'une pensée diffuse, et la guidance et l'éclairage de Claude Bouchard ainsi que la présence dynamique et rassurante de Valérie Moulin.

Sans oublier, également, l'œil averti, les connaissances, la disponibilité, ... et l'humour de Fabien. De même, les collègues doctorants qui redonnent du souffle, le sourire et qui savent écouter.

Sommaire

Sommaire	4
Liste des tableaux	11
Introduction	13

Une première recherche : étude sur le Trouble Panique, de l'angoisse à la crise d'angoisse	29
1. Le champ analytique	31
1.1. Différenciation des névroses	32
1.2. Concordance entre les névroses	36
2. Les théories bio comportementales et le modèle de Donald KLEIN	38
2.1. Le concept de trouble panique	38
2.2. Le développement du trouble panique	39
2.3. Epidémiologie	40
2.3.1. Les facteurs psychologiques et sociaux	40
2.3.2. L'étiopathogénie du trouble selon Thérèse LEMPERIERE	42
3. Mise à l'épreuve des 2 champs théoriques : le champ analytique et le bio-comportementalisme	43
3.1. Protocoles de recherche	43
3.1.1. Population	43
3.1.2. Matériel	44
3.1.3. Mode d'analyse et traitement des données.....	45
3.1.4. Analyse des résultats	46
3.2. Analyse clinique	47
3.2.1. Résultat expérimental	47
3.2.2. Les signes d'aménagement défensifs.....	50
4. Le trouble panique : un trouble évolutif	52
5. Conclusion	54

Partie I : De l'angoisse à l'angoisse paroxystique 56

1. Qu'est ce que l'angoisse?	58
2. Définitions de paroxysme et paroxystique.....	59
3. Pourquoi le concept	60

Chapitre 1 : Le concept d'angoisse dans le champ analytique contemporain 61

1. L'angoisse est un affect	63
2. Le mouvement pulsionnel.....	64
2.1. Le mouvement en interaction avec la réalité extérieure	66
2.1.1. La notion de limite : Moi corporel et Moi psychique	67
2.1.2. Le pare excitation et les enveloppes psychiques.....	69
Didier ANZIEU et les enveloppes psychiques	69
La topologie du Moi-peau	70

Les fonctions du Moi-peau	71
2.2. La décharge pulsionnelle	75
2.2.1. Pulsion et langage	76
2.2.2. Pulsion et désir	78
2.2.3. La relation pulsionnelle et les objets	80
L'objet a	80
Les 5 formes stadiques de l'objet	81
3. Le symptôme d'angoisse	82
3.1. La problématique du désir et signal d'angoisse	82
3.2. Du complexe d'Œdipe au complexe de castration	86
3.2.1. Complexe d'Œdipe	86
3.2.2. Complexe de castration	87
3.2.3. Le phallus	88
3.2.4. Surmoi et castration	89
3.3. Les aménagements défensifs	90
3.3.1. L'angoisse de séparation, "le syndrome d'abandon"	91
3.3.2. La trace psychique d'un trauma	93
4. Conclusion	96

Chapitre 2 : Le concept « d'angoisse paroxystique » 99

1. Les accès d'angoisse paroxystique	100
1.1. L'angoisse de mort	101
1.2. L'angoisse automatique	102
1.3. Le refoulement	105
2. Eros et Thanatos	106
2.1. Le fonctionnement pulsionnel	107
2.2. La pulsion de mort	109
2.3. Le narcissisme	110
L'identification primaire	110
L'effondrement psychique	111
Sentiments de culpabilité et de honte	112
Narcissisme négatif et négativité	113
2.4. Sadisme et masochisme	114
Le masochisme primaire	116
Le masochisme secondaire	116
Le masochisme moral	117
3. Le fantasme	118
De Freud à Lacan	118
Les fantasmes originaires	120
4. Le spéculaire	121
5. Conclusion	123
5.1. L'angoisse au centre du processus névrotique	123

5.2. L'approche processuelle de l'angoisse paroxystique.....	123
5.3. L'affect d'angoisse paroxystique	124
5.4. Le processus comme mouvement évolutif	124

Chapitre 3 : Conclusion première partie..... 126

1. Les limites psychiques	127
1.1. Illustration avec la mythologie	127
1.2. Les représentations des limites psychiques	128
Eros et Thanatos : entre le plein et le vide	128
Vers l'intérieur : l'effroi	129
Vers l'extérieur : le vide, un autre silence	130
2. Le fonctionnement psychique du mouvement de l'angoisse paroxystique.....	130
2.1. L'insécurité	130
2.2. La revendication	131
2.3. La culpabilité	132
2.4. La déprivation	133
Schéma de synthèse	135

Partie II : Angoisse paroxystique et clinique de l'extrême: interrogation criminologique .136

Chapitre 1 : Le mouvement psychodynamique de l'agir 138

1. Passage à l'acte et acting-out	139
1.1. Le passage à l'acte	140
1.2. L'acting-out	141
1.3. L'acte suicidaire et le mode opératoire	142
1.3.1. L'acte suicidaire : passage à l'acte ou acting-out	142
1.3.2. Le mode opératoire	145
2. Du passage à l'acte au "recours à l'acte": la crise suicidaire.....	147
2.1. Les réactions du moi devant la pulsion	149
2.2. Le rapport de l'acte primaire et du trauma originaire dans l'acte	153
2.2.1. Le rapport Moi /Idéal du Moi	153
2.2.2. L'inhibition: retrait et isolation	154
2.2.3. L'acte et le fantasme ou défaillance du fantasme	155
2.2.4. La mise en acte conditionnée par une attitude passive ou une attitude active.....	156
2.3. Les 3 étapes du processus dynamique de la crise	157
2.3.1. 1 ^{ère} étape : état de vulnérabilité	158
2.3.2. 2 ^{ème} étape : état de crise correspondant à l'agir	160
2.3.3. 3 ^{ème} étape : l'issue de la crise	160
2.4. La répétition	162
2.4.1. Phase positive de la répétition	162
2.4.2. Phase négative de la répétition	163

2.4.3. La récursive	163
3. Conclusion	164
Les dispositions mentales :	
3.1. Résignation-Réitération	164
3.2. Isolement- Confrontation	165
3.3. Autopunition-Révolte	166
3.4. Dévalorisation-Activité	167

Chapitre 2 : L'angoisse dans la dichotomie du Moi corporel et du Moi psychique... 169

1. De l'angoisse paroxystique au corps	172
1.1. L'alerte pulsionnelle : de l'angoisse à la somatisation	172
Symptôme et douleur somatique	172
Perte d'Objet et douleur	173
La fonction contenant de la douleur	174
Pierre MARTY et l'école psychosomatique de Paris	175
1.2. Angoisse paroxystique et douleur	176
2. Le débordement pulsionnel: quelles voies de décharge?	177
2.1. La formation du symptôme	177
2.2. Le processus fantasmatique au service du moi : le désir sur la scène du réel? ...	178
2.3. Le corps imaginaire	179
2.4. "L'effraction" corporelle.....	180
3. Conclusion	182

Chapitre 3. Violence, agressivité et destructivité 184

1. Fragilité des assises narcissiques : l'attachement	186
1.1. Relations primaires de l'enfant et de sa mère : identification narcissique de base	186
1.2. Les identifications	187
1.3. Les investissements narcissiques	188
1.3.1. Le concept d'autoérotisme	188
1.3.2. L'incorporation	190
1.4. Processus de séparation et d'individuation	192
1.5. Défaillance narcissique	194
1.6. Défaut d'introjection, échec de la fonction identifiante	196
2. La violence selon l'axe narcissique	198
2.1. Le concept de violence	198
2.1.1. La violence fondamentale de Bergeret	198
2.1.2. Violence et souffrance psychique abordée par Piera Aulagnier.....	200
2.1.3. La violence instinctive.....	202
2.2. L'impact de la violence sur les comportements	203
2.2.1. La violence subie : la contrainte	203
Contrainte et inhibition	204
L'élaboration fantasmatique	205

2.2.2. La violence agie : l'impulsivité	205
La conduite ordalique	205
La recherche de sensation	206
2.3. Violence et destructivité	207
2.3.1. La destructivité dans le masochisme	207
2.3.2. Les conduites d'autopunition	208
3. L'emprise	210
3.1. Emprise et dépendance	210
3.1.1. La pulsion d'emprise	210
3.1.2. L'impossible séparation	212
3.1.3. Le renoncement	212
3.1.4. La recherche de séparation	213
3.2. La relation d'emprise	214
3.2.1. Emprise et domination	215
3.2.2. Emprise et agressivité	215
4. Conclusion	216
 Chapitre 4 : Conclusion de la 2^{ème} partie	218
1. Mouvement évolutif de l'angoisse paroxystique	219
2. Emergence d'une problématique	221
Travail de modélisation expérimental	
2.1. Les types d'organisation psychique	222
2.1.1. Attitude de victimisation	222
2.1.2. Destruction de l'autre	223
2.1.3. Effondrement psychosomatique	223
2.1.4. Intériorisation de la honte	224
2.2. Les dimensions psychiques	225
2.2.1. La possessivité	225
2.2.2. L'envahissement	225
Tableau de la modélisation	226
2.3. Les dérivées de la crise	227
2.3.1. Le mode relationnel	227
2.3.2. Retentissements sur la crise	228
2.3.3. Modélisation et dérivées de la crise	228
 Partie 3 : Expérimentation	231
 Chapitre 1 : Les dispositifs de recherche clinique	232
1. Présentation de l'étude de recherche clinique et des hypothèses	233
1.1. Espaces et lieux d'investigations	233
1.2. Description de la population d'étude et effectif par lieu d'investigation.....	234
1.3. Echantillons cliniques et organisation de l'évaluation	235
1.3.1. Les critères d'inclusion	235

1.3.2. Choix méthodologique	238
1.3.3. Evaluation et instruments d'évaluation.....	240
1.4. Articulations des hypothèses	246
1.4.1. Une hypothèse générale	246
1.4.2. Hypothèse 1.....	246
1.4.3. Hypothèse 2	246
1.4.4. Hypothèse 3	247
1.4.5. Synopsis des hypothèses	247
1.5. Schématisation de l'évaluation dans le dispositif.....	248
2. Exploitation des évaluations et de la modélisation.....	249
2.1. Rencontre avec la population: les effets transférentiels	249
2.2. Les processus psychiques	252
2.3. La crise: l'effondrement psychique et corporel	254
2.4. Rappel des dérivées de la crise	255
3. Classification	256
3.1. Sériation des sujets selon les groupes de modélisation.....	256
3.2. Répartition des sujets de l'expérimentation selon les groupes de modélisation	256
3.2.1. Groupe 1	257
3.2.2. Groupe 2	264
3.2.3. Groupe 3	269
3.2.4. Groupe 4	274
3.2.5. Un sujet non classé	280
 Chapitre 2 : Analyse	 282
1. Le fonctionnement psychopathologique de l'angoisse paroxystique	284
1.1. L'inhibition anxieuse.....	284
Les sentiments de déréalisations et de dépersonnalisations	284
L'épuisement neurasthénique	285
1.2. La fonction contenante	286
Le deuil	287
La solitude	288
La séparation	280
1.3. La dépendance affective et les addictions.....	280
1.3.1. La dépendance affective.....	291
1.3.2. Les addictions	292
Dépendance affective et addiction à l'alcool	293
Dépendance affective et addiction aux substances psycho actives	294
Dépendance affective et addictions comportementales	294
Ordalie et alcool	295
Addiction au jeu	296
Addiction amoureuse	297
Addiction au sport	298
1.4. La sublimation	299
1.5. Conclusion sur le fonctionnement psychopathologique de l'angoisse paroxystique	301
1.5.1. Un même processus pour un aménagement défensif multiple correspondant	

à la modélisation	301
1.5.2. Identification de la spécificité du processus d'angoisse paroxystique	302
2. La destruction en œuvre	305
2.1. Analyse de l'acte	305
2.1.1. Le pré-acte	305
2.1.2. L'action de la déliaison : la crise.....	307
L'angoisse de mort dans les agirs.....	309
L'acte de mutilation comme résolution de l'angoisse d'effacement	310
La douleur : déliaison dans le corps propre	312
L'accès violent comme mise en acte	313
L'AVC et le coma : significatifs d'un mode de déliaison.....	314
Les pathologies cardiovasculaires et "l'agressivité contenue"	314
Les expériences comateuses	316
2.2. Résolution par l'acte ?.....	318
2.2.1. Bénéfices de l'acte	318
2.2.2. Les risques de récurrence	320
2.3. Conclusion sur la destruction en œuvre dans l'analyse de l'acte.....	322
2.3.1. La modélisation dans la mise en acte	322
2.3.1.1. Les particularités liées aux dimensions possessivité/envahissement	322
2.3.1.2. L'interprétation de l'agir et du symptôme révèlent l'appartenance à l'un des groupes.....	323
2.3.1.3. La résolution et la capacité de se projeter dans l'avenir révèlent le processus psychique et les positionnements.....	323
2.3.1.4. Tableau récapitulatif.....	324
2.3.2. L'agir: point de butée du processus de l'angoisse paroxystique	326
3. Les modes de restructuration psychique	328
3.1. Les troubles fonctionnels et somatiques	328
3.1.1. L'unité soma-psyché	329
Les syndromes somatiques – fonctionnels – organiques	330
L'hypocondrie	331
L'alexithymie	331
3.1.2. Les lois biologiques ou sens du symptôme	332
3.2. L'intersubjectivité	334
Intersubjectivité et dépendance	335
Le cadre thérapeutique	336
Le groupe	337
3.3. Conclusion sur les modes de restructuration psychique.....	338
Conclusion générale	340
1. Intérêts du concept d'angoisse paroxystique et valeurs heuristiques	341
2. Réorganisations psychiques	343
2.1. La fonction contenante de l'hospitalisation et la réappropriation de l'individualité du sujet.....	343

2.2. La libération du fonctionnement pathologique	344
3. Ouverture vers un protocole de soin	345
3.1. Travail de désensibilisation progressive envers la dépendance affective	345
3.1.1. Sécuriser face à l'angoisse d'abandon, de perte	345
3.1.2. Libérer le sujet des relations d'emprise	346
3.1.3. Faciliter un processus d'autonomisation identitaire	347
3.1.4. Le refus, le rejet thérapeutique, l'agressivité	348
3.2. Travail thérapeutique autour de l'intentionnalité consciente et inconsciente du sujet	349
3.2.1. Le sens des mots	350
3.2.2. Le langage du corps	351
3.2.3. La réadaptation	352
Glossaire	353
Index des mots.....	358
Index des auteurs	362
Bibliographie	363
Annexe 1	368
Annexe 2	volume 2

Evaluations et tests HADS : NDL, CHGR

Liste des tableaux

Tableau [PARTIE], chapitre . numérotation

Tableau 1 : Tableau caractéristique psycho-psychosociales	44
Tableau 2 : Répartition des névroses dans la population.....	46
Tableau 3 : Schéma de synthèse	47
Tableau 4 : la présence de l'anxiété généralisée dans la répartition des formes névrotiques	52
Tableau 5 : Schéma opératoire bi-actionnel	53
Tableau 6 : Présence de l'angoisse dans la répartition des formes névrotiques.....	53
Tableau 7 : La présence de la trace mnésique dans la répartition des formes névrotiques	54
Tableau I, 1 : Le passage de l'angoisse à l'angoisse paroxystique	57
Tableau I, 1-1 : Synopsis du chapitre 1.....	62
Tableau I, 1-2 : Synopsis des différents types d'angoisse et leurs orientations selon l'orientation du désir	98
Tableau I, 3-1 : Schéma de synthèse	135
Tableau II, 1 : Mouvement évolutif de l'angoisse paroxystique	219
Tableau II, 4-1 : Groupe 1 : attitude de victimisation.....	222
Schéma II, 4-1 : Schématisation de la victimisation	222
Tableau II, 4-2 : Groupe 2 : destruction de l'autre	223
Schéma II, 4-2 : Schématisation de la destructivité	223

Tableau II, 4-3 : Groupe 3 : effondrement psychosomatique	223
Schéma II, 4-3 : Schématisation de l'effondrement psychosomatique	224
Tableau II, 4-4 : Groupe 4 : intériorisation de la honte	224
Schéma II, 4-4 : Schématisation de l'intériorisation de la honte	224
Tableau II, 4-5 : Modélisation	226
Tableau II, 4-6 : Tableau des conversions des items du mode relationnel	227
Tableau II, 4-7 : Tableau des conversions des items de projets issus de la crise	228
Tableau II, 4-8 : Tableau récapitulatif modélisation- dérivées de la crise	230
Tableau III, 1-1 : Groupe NDL	234
Tableau III, 1-2 : Groupe CHGR	235
Tableau III, 1-3 : Fiche consigne	237
Tableau III, 1-4 : Fiche de consentement	238
Tableau III, 1-5 : Entretien d'évaluation	242
Tableau III, 1-6 : Auto-questionnaire HADS	245
Tableau III, 1-7 : Synopsis des hypothèses	247
Tableau III, 1-8 : Synopsis de l'analyse de l'entretien en corrélation avec les hypothèses	248
Tableau III, 1-9 : Critères caractéristiques pour l'identification d'un consensus et d'un mode comportemental selon les processus psychologiques des groupes.....	253
Tableau III, 1-10 : Les différentes manifestations d'angoisse relevées	254
Tableau III, 1-11 : Les modes relationnels et projets issus de la crise	255
Tableau III, 1-12 : Sériation de la population	256
Tableau III, 1-13 : Répartition des sujets du groupe 1.....	257
Tableau III, 1-14 : Tableau descriptif des sujets du groupe 1	257
Tableau III, 1-15 : Tableau des dérivées de la crise du groupe 1.....	262
Tableau III, 1-16 : Tableau des résultats au test HADS pour le groupe 1.....	263
Tableau III, 1-17 : Répartition des sujets du groupe 2	264
Tableau III, 1-18 : Tableau descriptif des sujets du groupe 2	264
Tableau III, 1-19 : Tableau des dérivées de la crise du groupe 2	268
Tableau III, 1-20 : Tableau des résultats au test HADS pour le groupe 2	268
Tableau III, 1-21 : Répartition des sujets du groupe 3	269
Tableau III, 1-22 : Tableau descriptif des sujets du groupe 3	269
Tableau III, 1-23 : Tableau des dérivées de la crise du groupe 3	273
Tableau III, 1-24 : Tableau des résultats au test HADS pour le groupe 3	273
Tableau III, 1-25 : Répartition des sujets du groupe 4	274
Tableau III, 1-26 : Tableau descriptif des sujets du groupe 4	274
Tableau III, 1-27 : Tableau des dérivées de la crise du groupe 4	279
Tableau III, 1-28 : Tableau des résultats au test HADS pour le groupe 4	280
Tableau III, 1-29 : Tableau du sujet non classé	281

Introduction

PASSAGE A L'ACTE ET ANGOISSE PAROXYSTIQUE :

INTERROGATION PSYCHO-CRIMINOLOGIQUE

La problématique de l'angoisse interpelle de nombreux chercheurs. Les orientations cliniques actuelles y puisent une valeur heuristique singulière.

Le clinicien est confronté aux diverses formes symptomatiques que peut prendre l'angoisse. La prégnance des troubles anxieux induit, chez le patient, des comportements particuliers tant conscients: stratégies d'évitement, de replis, de fuite... qu'inconscients: répercussions symptomatiques, passages à l'acte ... assez considérables. Dans ce travail de recherche, le concept d'angoisse est investi afin de réinterroger la clinique dans une démarche psychodynamique orientée vers une analyse processuelle de l'angoisse. L'objectif est de proposer une prise en charge plus adaptée aux demandes spécifiques du patient.

La contrainte ressentie – notamment pour le clinicien – autour de la demande d'accompagnement porte essentiellement sur la souffrance actuelle du sujet : « je ne sais plus quoi faire, je ne supporte plus ces troubles, qu'est-ce qui se passe ». La demande d'aide dans l'expérience communiquée par le patient est associée à l'impatience de résolution de problème tant "la mort rode". Une certaine stupeur de la part du patient met en évidence une urgence face à des difficultés "actuelles" qui sont apparues brusquement, de manière inattendue comme si sa vie ne lui appartenait plus : « je ne me reconnais plus ».

F. Leguil, reprend les propos de J. Lacan, interviewé par un journaliste de Panorama et qui illustre bien la démarche du sujet suscitée par l'angoisse : « La peur. Quand il lui arrive des choses qu'il ne comprend pas, l'homme a peur. Il souffre de ne pas comprendre, et petit à petit il tombe dans un état de panique. C'est la névrose »¹, et il décrit « ... une plus grande peur ; celle-là, J. Lacan l'a nommée, c'est l'état de panique qu'il ne reconnaît pas comme un état d'angoisse stricto sensu »². La demande est par conséquent pressante, elle devient une "question de vie ou de mort".

L'impatience du sujet pour "un résultat", une solution immédiate risque toujours de déstabiliser le clinicien dans son travail analytique qui s'élabore dans et avec le temps. Les ressemblances surprenantes, concernant les descriptions symptomatiques, les circonstances, des expériences d'évitement, les moyens "contraphobiques" utilisés – qui orientent

¹ F. LEGUIL : "Le stade de l'angoisse", in La cause freudienne, février 2005, N°59, pp23-32, p28

² Idem, p 29

fréquemment le diagnostic autour du trouble panique – ont suscité un ensemble d'interrogation sur l'existence d'une éventuelle angoisse singulière.

L'investigation, dans cette recherche, donne une place spécifique à la nosographie psychanalytique, pour une analyse du sujet tant dans sa globalité que sa singularité, et pour une analyse au plus près du symptôme. La classification du DSM n'a pas été retenue : elle restreint cette analyse singulière du sujet et ceci malgré l'intérêt qu'elle présente pour sa rapidité d'utilisation dans l'urgence et sa capacité à catégoriser les cas cliniques lors d'une analyse comparative. La référence majeure est celle de « inhibition, symptôme et angoisse » freudien qui reposent essentiellement sur les névroses actuelles et névroses post-traumatiques. Le choix d'aborder le concept d'angoisse en référence à J. Lacan s'est effectué d'une part par la lecture du séminaire, livre X, « Angoisse », où J. Lacan fait référence à la lecture d'« Inhibition, symptôme et angoisse » freudien, et d'autre part pour les liens intéressants pour notre recherche qu'il aborde, à savoir les rapports de l'angoisse avec le désir et le langage, ensuite pour le concept de passage à l'acte qu'il développe.

Dans une première recherche, la confrontation de la névrose d'angoisse et du trouble panique a été initialement posée. En mettant en présence la névrose d'angoisse avec le trouble panique, nous avons interrogé le concept d'angoisse sous son expression de crise d'angoisse. Etats de crises qui nous ont permis d'examiner le trouble panique comme représentant actuel de ces "apparitions" d'angoisse. Un travail épistémologique sur la sémiologie des névroses a été effectué, pour être ensuite expérimenté lors de l'analyse portant sur 20 sujets pour qui le trouble panique avec ou sans agoraphobie était diagnostiqué.

Durant cette première période, l'angoisse névrotique, telle que S. Freud l'a décrit³, apparaissait comme déterminante.

³ Dans "Inhibition, symptôme et angoisse", S. Freud propose de traiter l'angoisse de réel comme l'angoisse névrotique : « nous avons compris que l'apparence d'une relation particulièrement intime entre angoisse et névrose se ramène au fait que le moi se défend, à l'aide de la réaction d'angoisse, aussi bien contre le danger de pulsion que contre le danger de réel externe. (...) ». D'autre part, il faut aussi que le danger (de réel) externe ait subi une intériorisation pour pouvoir devenir significatif pour le moi; il faut qu'il soit reconnu dans sa relation à une situation vécue de désaide » (S. FREUD : *"Inhibition, symptôme et angoisse"*, 1993, PUF, Paris, 2002, suppléments § 200,201),– désaide pris dans la signification de détresse –. « Les symptômes lient l'énergie psychique qui, sans cela, serait éconduite sous forme d'angoisse, si bien que l'angoisse serait le phénomène fondamental et le problème capital de la névrose » (Idem, p 175).

Par contre, le fait que « les réactions d'angoisse ne soient pas toutes névrotiques »⁴ peut parfois entraîner la confusion d'une angoisse désorganisée considérée comme angoisse psychotique. Comme l'a souligné J-C. Maleval⁵, ce sont les retentissements de l'angoisse névrotique qui peuvent prendre des formes autres suivant les structures psychiques en cause.

A la suite de la théorie freudienne et en référence à la névrose d'angoisse, il est apparu que la "panique" suscitée par cette angoisse particulière n'entraîne pas en totalité dans ce syndrome, qu'elle en débordait et n'en était donc pas significative à part entière.

A la suite de ce questionnement, l'hypothèse d'une expression d'angoisse non névrotique émerge et conduit à étudier sa nature et ses effets dans un syndrome spécifique. La présence de certains aspects des crises d'angoisse, le sentiment de dépersonnalisation ou des formes de passage à l'acte – "la crise" – seraient des effets d'une forme particulière d'angoisse présente dans les névroses diverses ainsi que dans les états limites et dans certains cas de psychose.

La notion "d'angoisse paroxystique" devient alors un fait d'intrication de la névrose d'angoisse dans le trouble panique. Ce faisant, nous sommes amenés à problématiser la notion d'une angoisse a-typique ou a-structurale. L'étude sur le concept d'angoisse sera approfondie pour envisager un processus d'angoisse spécifique apparaissant sous la forme d'une angoisse paroxystique.

Le travail d'ensemble repose sur l'analyse processuelle de l'angoisse.

La première partie : « le concept d'angoisse dans la pensée psychanalytique contemporaine », précise les déterminations des concepts d'angoisse et d'angoisse paroxystique qui ont contribué à traiter l'analyse processuelle de l'angoisse paroxystique. Le concept d'angoisse est décrit pour esquisser une première approche métapsychologique de la notion d'angoisse paroxystique, en tentant de l'articuler suivant quelques repères fondamentaux de la théorie freudienne⁶.

⁴ Idem § 198

⁵ « (...) selon l'approche lacanienne, il n'y a pas d'angoisse psychotique, au sens où il existerait une angoisse qui, par sa nature même, pourrait être identifiée comme psychotique (...). Ce n'est pas l'angoisse qui est psychotique, c'est le sujet chez lequel elle se manifeste » (J-C. MALEVAL, "il n'y a pas d'angoisse psychotique" in Quarto N°85 « Evaluation, Symptôme, Angoisse », nov 2005, p72)

⁶ L'angoisse se repère tant par sa manifestation clinique : expression d'un conflit intrapsychique, que par sa manifestation corporelle.

L'observation des liens dynamiques entre : pulsions et désir, entre le Moi corporel et le Moi psychique, et les rapports entretenus avec le principe de déliaison et les états limites, constituera les bases sur lesquelles repose l'exploration de la notion d'angoisse paroxystique.

En quoi l'angoisse paroxystique ne peut-elle pas être assimilée à l'angoisse "ordinaire"?
Différentes orientations émergent :

Est-ce dans les rapports qu'elle entretient avec l'Autre ?⁷

Est-ce dans sa forme symptomatique ? C'est-à-dire en prenant forme dans une organisation pulsionnelle.⁸

Ou encore de la poussée pulsionnelle?⁹

Par conséquent, dans ces contextes, « le concept d'angoisse paroxystique » pourrait alors spécifier l'angoisse dans son processus, sa progression et son aboutissement quand rien ne vient y faire barrage.

En associant des termes : "angoisse" et "paroxystique", s'identifierait un concept qui exprimerait en lui-même la singularité de l'angoisse lors des accès d'angoisse – attaque panique –. Les accès d'angoisse paroxystique procurent chez les sujets des symptômes et des comportements particuliers, et déterminent un fonctionnement psychique significatif.

L'angoisse paroxystique s'élabore dans un premier temps par l'exploration du concept d'angoisse. C'est par l'analyse « des principaux aspects du concept d'angoisse » que la question d'une angoisse différenciée : a-structurale, a-typique, et processuelle prend la figuration d'une angoisse paroxystique.

Dans le but de satisfaire une logique d'élaboration structurale, et en considérant le déterminisme selon laquelle l'angoisse est un affect, les mises en lien de l'angoisse avec les représentations, puis tout naturellement avec les mécanismes de liaison d'où s'extraient les processus en jeu, sont mis en articulation.

⁷ Cependant toute angoisse engage la rencontre avec l'autre et son rapport avec le désir. Lacan, par exemple, accorde une place primordiale à l'Autre : l'Autre dans son attache avec le signifiant jusque dans son identification au corps, « l'affect le plus propre à faire surgir l'Autre est l'angoisse, caractérisée comme "la sensation du désir de l'Autre" » (P-L. ASSOUN : " *Lacan*", que sais-je ?, PUF, Paris, 2003, p66). Paul-Laurent Assoun ajoute, lui, dans son passage de *Freud à Lacan* : « s'il y a bien affect, c'est celui de la rencontre de l'Autre, sous l'effet de laquelle l'assise du sujet vacille » ... « l'énigme de l'angoisse, c'est celle du désir de l'Autre ». (P-L. ASSOUN : " *Leçons psychanalytiques sur l'angoisse*", Editions ECONOMICA / Anthropos, Paris, 2002, 2006, p81)

⁸ L'angoisse prend la forme de symptôme en l'organisant autour d'une transformation de l'énergie pulsionnelle. Freud, dans « Inhibition, symptôme et angoisse », présente l'angoisse en tant que signal dans le Moi, de là émerge la formation du symptôme. Le signal d'angoisse ouvre la voie vers la problématique du désir et la question du manque. Et le versant symptomatique, qui en découle, prend la signification d'un déplacement, d'une défense particulière d'un conflit intrapsychique. Peut-on aller au-delà et se diriger vers « l'angoisse automatique » afin d'être au plus près de ce qui est observé lors de cette angoisse particulière ?

⁹ L'angoisse se développe, l'excitation pulsionnelle peut s'accroître ... Rappelons que la pulsion est caractérisée par sa source, sa poussée, son but et son objet. Par conséquent, considérer la mobilité pulsionnelle, les actions, les impulsions et les rétentions, c'est analyser le mouvement dans et par son organisation tant dans la distinction et les interactions entre le Moi corporel et le Moi psychique, qu'entre les limites du dedans et du dehors. La pulsion et les frontières du Moi laissent apparaître les intrications qui existent autour des limites du Moi. « ... les barrières de contact ont une fonction de triple séparation de l'inconscient et du conscient, de la mémoire et de la perception, de la quantité et de la qualité. » (...) « Les excitations endogènes ne peuvent être reconnues qu'en étant (...) projetées dans le monde extérieur, associées à des représentations visuelles, auditives, tactiles, etc..., et enfin enregistrées par le réseau des barrières de contact. Il s'ensuit que les pulsions ne sont identifiables qu'à travers leurs représentants psychiques. » (Didier ANZIEU ; "Le Moi-peau", 1985, Dunod, Paris, 1995, p 103-104)

La problématique freudienne se retrouve ici:

L'angoisse de mort s'amplifie au détriment des autres formes d'angoisse. Elle s'adjoint à la perception de vide. Au delà de sa fonction de signal, dicit S. Freud, l'angoisse prend l'aspect de "l'angoisse automatique". Cette "angoisse automatique" est toujours une réaction du Moi face à un afflux d'excitations internes ou externes équivalent à une situation traumatique. Au delà du signal d'angoisse, l'impréparation fige le Moi, déborde le pare-excitation, et empêche les aménagements défensifs. L'angoisse dépasse son rôle de signal pour s'ancrer durablement et les symptômes se définissent plus spécifiquement par leurs déploiements qui s'approchent plus significativement de l'effroi.

Cette angoisse entraînerait des comportements qui se renforcent dans la fuite et l'agressivité et qui pourrait maintenir le sujet dans une sorte d'emprisonnement. Le comportement du sujet s'orienterait de manière plus exhaustive autour d'une introspection massive l'entretenant dans l'écoute sensorielle au détriment de la créativité et de l'extériorité.

L'angoisse paroxystique considérée à travers le fonctionnement pulsionnel éclaire le système de liaison-déliaison qui devient singulier. Si la décharge pulsionnelle reste une fonction indispensable pour l'homéostasie pulsionnelle, le dysfonctionnement de cette décharge serait dangereuse pour l'équilibre psychique. Les fantasmes sont les voies par lesquelles les décharges peuvent s'effectuer et les aménagements défensifs s'appuient sur ce travail fantasmatique.

De fait, l'angoisse paroxystique mettrait en évidence le mouvement évolutif de l'angoisse dans sa finalité, une progression poussée par la pulsion de mort comportant une certaine mise en acte pulsionnelle, dont il reste à dégager les effets. Le postulat selon lequel un type d'angoisse spécifique, qualifiant la désorganisation psychique, pourrait aboutir à la mort du sujet peut être dès lors annoncé.

La deuxième partie privilégie l'étude des mécanismes de « mises en actes psychiques » transmis par l'angoisse paroxystique. Sur le plan victimologique, « l'angoisse paroxystique et clinique de l'extrême : interrogation psycho-criminologique » fait apparaître la question de l'acte comme centrale dans le processus de l'angoisse paroxystique.

Trois grandes questions sont traitées :

- Quels mécanismes d'agir particuliers peuvent révéler le processus de l'angoisse paroxystique?
- Quelles sont les incidences du processus de l'angoisse paroxystique sur le somatique?
- Peut-on préciser le sens d'une progression autodestructrice dévoilant une violence interne?

.....

1- Quels mécanismes d'agir particuliers peuvent révéler le processus de l'angoisse paroxystique?

Un déclenchement processuel est mis en place par le fonctionnement psychique afin de sauvegarder l'intégrité¹⁰ des fonctions. Des aménagements défensifs spécifiques pourraient être mis en évidence pour lutter contre la désorganisation psychique. Les mises en actes de la pulsion d'agression et de la pulsion de destruction, dans leur versant interne / externe, formeraient les figures de l'agir et de la « somatisation ». Par « mise en acte psychique », c'est le processus de mise en acte du fantasme inconscient qui est représenté. La manifestation pulsionnelle de l'angoisse paroxystique produit une action, un acte.

Le sens particulier donné à l'angoisse paroxystique pourrait s'extraire du comportement, de l'acte en tant qu'agir selon des figures spécifiques. Elles prendraient en considération le désir et le processus fantasmatique contenus dans l'action psychique de l'angoisse paroxystique et formeraient « le mouvement psychodynamique de l'agir ». Pour qu'il y ait passage à l'acte, il faut qu'il y ait impérativement un fond d'angoisse, par contre celui-ci peut se décliner en angoisse pathologique et en angoisse réactionnelle. Il s'agit d'un agir identique mais d'un symbolisme, d'un mode de défense intrapsychique différent. La nature de cette défense peut apparaître sous deux formes d'actes dans le registre relationnel : l'acting-out et le passage à l'acte. Au delà de la distinction de l'acting-out et du passage à l'acte, l'acte prend valeur d'un traitement du doute et de décharge pulsionnelle.

La voie d'accès de la notion de passage à l'acte au recours à l'acte est issue de la réflexion sur la crise suicidaire. La crise suicidaire déterminerait certaines fonctions qui font revenir à la compulsion de répétition, la demande, et la question de l'altérité. Le mode d'agir, autant que la demande, pourrait-être interprété : quelle est la place consciente et inconsciente que donne le sujet de son acte ? Plusieurs alternatives sont mises à disposition, en ce qui concerne les fonctionnements psychopathologiques qui sous-tendent la mise en acte, et, inciteraient à poser

¹⁰ Intégrité dans le sens de : « *Le libre jeu des organes et l'intégrité des fonctions (...) constituent l'état de santé* » (RICHER, *Nouv. anat. artist.*, t. 2, 1920, p. iii). Dans le Trésor de la langue française.

l'hypothèse d'une angoisse spécifique déterminant un mode de défense intrapsychique particulier.



2- Quelles sont les incidences du processus de l'angoisse paroxystique sur le somatique?

Dans « L'angoisse dans la dichotomie du Moi corporel et du Moi psychique » se poursuit l'investigation psycho-criminologique vers les inscriptions traumatiques. La persistance de la souffrance psychique envisagée dans les symptômes corporels prend en considération "les fonctions de la somatisation" dans l'élaboration psychique. L'acte va être posé dans un but de restructuration, c'est à dire à partir duquel une construction des figures du soma devient possible.

Lorsque la souffrance passe par les marques du corps, l'enveloppe corporelle tiendrait lieu de "réparation". Le passage à l'acte autocentré marque le désir d'en finir avec sa propre souffrance: trop aux prises avec soi-même, l'autre n'existe plus. L'observation du "moment de rupture" dans l'équilibre intrapsychique, propre à l'agir autocentré, apporterait les éléments psycho dynamiques de l'acte et l'approche clinique illustrerait l'aspect pluridimensionnel de l'acte, à savoir la dimension de souffrance psychique, sa transcription somatique et sa dimension sociale. La désintrication apparaît comme intense: il s'agit, dès lors, d'admettre l'hypothèse que la souffrance psychique pourrait mettre le sujet dans une disposition d'autodestruction mortifère. La "crise", que symbolise le "moment de rupture" dans la continuité d'une expérience, prendrait le sens d'une « rencontre avec le réel », tel que le définit J. Lacan.

L'harmonisation implique des processus complexes de liaison intrapsychique. L'angoisse paroxystique, interviendrait nécessairement comme signal d'anéantissement, de désorganisation et de destructivité psychique. Elle jouerait un rôle d'interface entre le Moi corporel et le Moi psychique, entre le maintien d'une décharge déstructurante et un acte libérateur.

Les symptômes douloureux peuvent prendre la forme de symptômes corporels et de dysfonctionnement organique et/ou physiologique. Dans cette orientation « corps-symptôme », cet éprouvé physique se déclarait dans sa relation psychique et cette problématique s'afficherait dans l'analyse de l'expression somatique lors de l'alerte pulsionnelle. Les relations entre douleur somatique et angoisse paroxystique supposent d'établir des liens entre symptômes et douleur somatique, entre perte d'objet et douleur somatique.

Une certaine "complaisance somatique" pourrait résulter de ce bénéfice défensif.



3- Peut-on préciser le sens d'une progression autodestructrice dévoilant une violence interne?

Le chapitre sur « les problématiques liées à l'agressivité, à la destructivité et à l'emprise » insiste sur les retentissements des défaillances narcissiques, et caractérise les déterminations du concept de violence et de celui d'emprise.

Toujours en fonction du postulat d'une angoisse a-structurelle, l'approfondissement de l'expertise porte à consulter, en 1^{er} lieu, les assises narcissiques. L'interrogation sur la souffrance psychique pouvant s'exprimer sous sa forme corporelle a pointé le rôle décisif du narcissisme primaire. Les défaillances narcissiques sont élaborées lors des phases précoces du développement. Elles découlent de la perturbation de l'attachement et des carences affectives au cours des processus de séparations et d'individuation et elles impacteraient sur les mécanismes d'auto-agressivité et d'autopunition. Elles influencent la formation des pathologies limites. Le concept d'autoérotisme et le processus de séparation-individuation apporteraient une compréhension nécessaire tant dans l'analyse de la répercussion somatique que pour les comportements de dépendance affective. Cette orientation indiquerait le sens d'une progression autodestructrice. Les mécanismes qui sous-tendent les dépendances affectives, les formations réactionnelles somatiques et organiques peuvent être plus aisément traités en abordant les failles narcissiques et leurs incidences sur les élaborations objectales.

L'exploration du pôle narcissique permet de développer le concept de violence. Et les mises en actes proposées précédemment imposent quant à elles un détour sur la violence sous les versants agressif et destructif et prolongent les émergences originaires liées au narcissisme.¹¹ Les déterminations du concept de violence serviraient, à leurs tours, de support d'interprétation dans la mise en acte du processus autodestructeur. La violence permet d'accéder à la différenciation entre l'agressivité et la destructivité. Cette différenciation conditionnerait le choix d'aborder le concept en termes de violence au pluriel. Les violences seraient considérées dès lors comme prédispositions aux agirs "par contrainte" ou "par impulsivité". Le retentissement de la violence primaire absolu, l'instinct de mort et la compulsion de répétition apparaissent dans les comportements d'automutilation et les conduites à risque.

¹¹ Cette violence, trouve un éclaircissement avec Piera Aulagnier, en associant les violences primaires et secondaires, la violence combine le besoin et le nécessaire avec le registre du désir et ainsi résiste aux défenses du Moi. La réalité apparaît à travers le corps dans la perception et les sensations. Le glissement vers l'inquiétant et le percécutif apparaît dans ce qu'elle nomme « décorporisation », sentiment d'étrangeté déstructurant l'espace corporel. L'étude et la comparaison des concepts définis par Aulagnier et Bergeret apportent une orientation et une contribution intéressante dans la distinction recherchée entre les notions de violence, d'agressivité et de destruction et du rapport qu'ils entretiennent avec la pulsion de destruction.

La pulsion d'agression, dirigée vers les objets extérieurs, amène à considérer « la pulsion d'emprise », car celle-ci semble s'allier à la pulsion de destruction. L'emprise met en lien ces deux premières questions sur les assises narcissiques et le concept de violence. L'emprise est considérée comme un moyen pour la pulsion d'atteindre la satisfaction et s'appuie sur un objet d'emprise qui appartient au monde extérieur et cela en se situant en objet d'emprise ou en prenant appui sur l'autre. L'emprise se situe donc à l'interface entre le monde extérieur et le monde intérieur. La pulsion d'emprise modère l'orientation externe de la pulsion de mort, en s'associant à l'idée de contrainte. L'emprise empêche le sujet de s'individualiser et dévoile la faille provoquée par certains traumas, comme l'abandon et la séparation.

L'hypothèse concernant le sens d'une progression d'autodestruction dévoilant une violence interne s'organiseraient autour de 3 axes :

1- Les failles du narcissisme primaire qui empêcheraient l'intrication pulsionnelle et brideraient l'organisation d'un conflit d'ambivalence, sous l'égide des principes de plaisir et déplaisir, renforceraient la liaison de la pulsion de destruction par l'Eros. 2- La désintrication renforcerait la suprématie de la pulsion de destruction et pourrait entraîner l'effondrement psychique et somatique du sujet jusqu'à la mort. 3- Et la pulsion d'emprise renforcerait l'imprégnation du sentiment de culpabilité et par conséquent le poids de la dette psychologique dont la deuxième question fera reconnaître l'impact sur le processus somatique.

Une modélisation est proposée à partir des mécanismes de déliaison analysés au cours des trois grands axes précédents. Dans l'« émergence d'une problématique » se profile à la suite de ces investigations autour du processus de l'angoisse paroxystique : 1- un modèle du fonctionnement psychique qui s'organise selon un axe passif-actif, 2- des aménagements défensifs particuliers au processus, 3- un état de crise qui résulte d'une insuffisance et d'un échec des aménagements défensifs dont rendent compte les manifestations d'angoisse, et 4- des dérivées de la crise lors de son issue qui peuvent s'orienter vers des modes de restructuration psychique.

Le processus d'angoisse paroxystique est induit par le mécanisme de déliaison. La modélisation du processus d'angoisse paroxystique propose une observation du sujet dans des postures psychiques particulières qui s'articulent autour de deux dimensions s'organisant elles-mêmes en paires d'opposés. Deux dimensions vont constituer le positionnement du sujet dans

son rapport à l'autre : 1- de l'interne vers l'externe où la visibilité du phénomène apparaît par la réalité extérieure, une dimension autour de la possessivité – représentation de la présence invasive de soi-même sur autrui –, et, 2- de l'externe vers l'interne où l'incorporation fait surgir le signe par lequel il apparaît, dimension qui apparaît selon un vécu d'envahissement – représentation invasive d'autrui comme soi-même –. Le fonctionnement psychique conduit par le processus d'angoisse paroxystique met en condition quatre processus psychiques que nous appelons : insécurité, revendication, culpabilité, et déprivation. Ces processus induisent des comportements selon des attitudes passives/actives décrivant des dispositions mentales déterminées par l'expérience. Ces fonctionnements amènent à la construction de regroupements fonctionnels exprimant des types d'organisation psychique selon: une attitude de victimisation, de destructivité de l'autre, d'un effondrement psychosomatique, de l'intériorisation de la honte.

L'importance du mouvement processuel de l'angoisse paroxystique est montrée et, à partir de la modélisation, la problématique se développe, à savoir qu'il existe un type d'angoisse spécifique qualifiant la désorganisation psychique qui peut aboutir à l'autodestruction du sujet, un fonctionnement psychopathologique sous jacent spécifique, un agir et un mode de restructuration particuliers élaborés par le Moi.

Dans la 3^{ème} partie : expérimentale, les dispositifs de recherche clinique sont dressés afin d'accéder à la construction et à l'élaboration des résultats cliniques.

La construction met en évidence les éléments primordiaux pour la compréhension et la mise en évidence des résultats cliniques. Le cheminement théorique est articulé avec l'observation clinique.

L'observation clinique s'établit sur deux sites hospitaliers : l'un en rééducation fonctionnelle, l'autre en psychiatrie afin d'observer le retentissement de l'angoisse sur le fonctionnel pour les 1ers et sur le psychologique pour les autres. Un même entretien semi-directif est effectué dans les deux établissements. L'angoisse paroxystique peut entraîner une déficience des processus d'autoconservation du sujet et renforcer les processus autodestructeurs. Le centre de rééducation fonctionnelle est spécialisé dans la prise en charge de pathologies neurologiques (AVC, atteinte dégénérative, cérébrale et/ou médullaire, traumatisme crânien ...).

A partir de l'analyse du discours, les prédispositions des sujets pour l'angoisse paroxystique peuvent émerger et permettent aux modes défensifs des sujets et aux retentissements sur le

fonctionnement psychique et somatique de se détacher. Quant aux mises en actes, elles se dessinent progressivement à partir d'un travail de déconstruction : l'analyse du mode de fonctionnement comportemental, qui, étape après étape permet de découvrir les modalités défensives qui en résultent. L'analyse devrait nous permettre de contrôler la pertinence de notre modélisation en tentant de placer nos sujets dans la sériation en quatre groupes. Ce regroupement pourra s'élaborer, dans le 1^{er} temps d'entretien, à partir du vécu traumatique de chacun et de la grille d'interprétation dans la manière dont le sujet l'exprime, le décrit.

Le deuxième temps de l'entretien prendra en considération l'effondrement psychique et corporel actuel. Il mettra en relief le mouvement et le processus psychologique qui sous-tend la mise en acte autodestructrice. Le temps de projection sera ensuite analysé afin d'observer l'aboutissement de la mise en acte de l'angoisse sous un mode de résolution ou d'échec.

De cette mise en acte, se décrit le double processus de " mise en mot" et de "mise en maux" du sujet pour traduire son état d'angoisse et/ou de désorganisation psychique.



De cette expérimentation sera recherchée tout d'abord une lisibilité spécifique de l'angoisse paroxystique et des aménagements défensifs qui sera exemplifiée à partir des études de cas recueillis. Nos hypothèses portent à considérer trois axes :

- 1- Le fonctionnement psychopathologique. 2- Le mouvement psycho-dynamique de l'agir.
- 3- Et du profit de la reconstruction corporelle sur les modes de restructuration psychique.

- 1- L'expérimentation clinique permet de mettre en évidence des facteurs de vulnérabilités liés aux traumatismes recueillis en fonction de leurs significations cliniques et constituants des modes de fonctionnement psychopathologique.

Des perceptions de vide et un désir de fuite de la réalité contribuent à une inhibition anxieuse. Les sentiments de déréalisation et de dépersonnalisation symbolisent l'angoisse de vide en tant qu'angoisse de rupture de lien, le Moi fuit le danger interne et crée une forme de dissociation. L'épuisement neurasthénique constitue une autre expression de ce vide et la fuite passive dont il soumet le sujet.

Dans la continuité de l'angoisse de vide en tant qu'angoisse de perte, la "fonction contenante" constituera un élément significatif pour le processus de l'angoisse paroxystique. Elle permet de comprendre les problématiques liées à la séparation. Les expériences de deuil, de solitude, de séparation sont fréquemment relevées lors de l'expérimentation.

La dépendance affective et les addictions sont révélatrices du fonctionnement psychopathologique. Une forte concomitance avec des comportements de dépendance et

d'addiction retiendra l'attention et légitimera une orientation nouvelle et fondatrice. La dépendance affective domine l'observation et est soulignée par les nombreuses addictions relevées lors des évaluations. La dépendance deviendrait l'élément prédominant et révélateur d'une répercussion d'angoisse paroxystique – le sujet nie son désir au profit du besoin –. La dépendance serait liée à l'incapacité de liaison des tensions internes qui entraînerait la désorganisation psychique et corporelle.

L'expression de la sublimation vient masquer les fragilités. La sublimation, au service de l'idéalisation, entretenirait la satisfaction d'une excitation pulsionnelle interne. Elle rend compte d'un lien avec le narcissisme dans son surinvestissement du perceptif. La problématique narcissique pourrait être placée au carrefour d'où émerge l'angoisse paroxystique qui peut laisser apparaître tant des symptômes névrotiques du même type que ceux découverts dans les névroses dites actuelles – tels que les somatisations et résurgences des traumas archaïques – que des comportements limites – tels que les comportements à risques, les addictions–.

Les incidences du vécu sur l'organisation psychique ne s'articulent pas sous forme de structures mais d'aménagements défensifs privilégiés. Dans la conclusion, seront reprises les observations en les replaçant dans leurs rapports avec la modélisation.

- 2- Ces processus seront ensuite confrontés: aux questionnements sur le mouvement psychodynamique particulier dans l'agir et la nécessité du moment particulier de l'acte, puis aux effets résolutoires ou non de l'abréaction psychique.

Dans une perspective interprétative de l'analyse de l'acte seront introduits deux modes de mises en actes: un fonctionnement réfléchi et un autre impulsif. L'observation de l'action de la déliaison symbolisée sous diverses formes : psychique, physiologique ou somatique amènera une analyse post-acte. Celle-ci sera sensée évaluer les modes résolutoires de l'acte transmis par les bénéfices et/ou les répétitions observées : prémices permettant d'aborder notre troisième hypothèse. La mise en acte peut survenir après accumulation de tension pour lesquelles le sujet se sent de plus en plus impuissant, vulnérable et où l'angoisse augmenterait alors à son paroxysme : le fonctionnement interne se désorganiserait, la pulsion de destruction anéantirait le sujet et "le désagrégerait".

Pour l'analyse de l'acte seront passées en revue :

- La période qui précède la mise en acte : elle apparaîtrait soit de manière impulsive – lorsque la mise en acte vient mettre fin aux tensions excessives et insoutenable sous la forme d'un comportement incontrôlable – ou de manière réfléchie – lorsque la mise en acte est

significative d'un sentiment d'apaisement lors de la décision et apparaîtrait pour le sujet comme la seule solution et la bonne solution puisqu'elle procurerait un dégagement bénéfique. Puis, l'action de la déliaison propre au « recours à l'acte » sera analysée. Il s'agirait d'une fuite « hors-Moi », fuite du néant.

- De l'expérimentation, émergerait plusieurs réactions :

L'angoisse de mort dans les agirs : un sentiment de se sentir « happé » par la mort sans pouvoir lui résister : ambivalence entre le désir de se tuer et le désir de vivre. L'acte de mutilation comme résolution de l'angoisse d'effacement : nécessité d'une décharge pulsionnelle purement économique qui illustrerait le mode de la pulsion de mort qui mobilise l'excès pulsionnel sous la forme d'un autoérotisme destructeur. La déliaison dans le corps propre : le processus d'autopunition dans l'autodestructivité¹². L'expérimentation à NDL offre un large échantillon de sujet de pathologies cardio-vasculaires ou neurologiques d'origine cardio-vasculaires dont on pourra retenir la valeur manifeste de la rétention et de l'inhibition de l'action qui augmente le besoin de maîtrise. Et les expériences de "coma" comme reflétant des actes de désintrications pulsionnelles.

L'analyse post-acte proposera l'observation des résolutions par l'acte. Les bénéfices apparaîtraient lorsque l'acte prend la valeur d'auto-engendrement, de libération des contraintes d'objets. Lorsque le cadre institutionnel supplée le manque de fonction contenant, il servirait de dépôt du surplus d'affect et donnerait sens à l'existence singulière du sujet. Les répétitions seraient significatives, quant à elles, d'une demande d'aide pour parer au risque d'effondrement non contenu dans l'acte, d'un sentiment d'indestructibilité ou du déni de l'angoisse de mort.

L'agir pourrait donc être considéré comme un point de butée du mouvement processuel de l'angoisse paroxystique. Par l'analyse du fonctionnement de la mise en acte destructif du sujet, qu'il soit autodestructif ou de l'ordre de l'autopunition psychique, l'acte apparaîtrait comme irrémédiable, nous pourrions y retrouver toute la teneur de l'aboutissement de l'angoisse paroxystique à savoir : la poussée irrépressible vers le néant – exprimée sous l'expression de « la seule solution » –.

Dans la conclusion un tableau confrontera notre modélisation aux aménagements défensifs de cette analyse.

¹² Pour reprendre Hesnard, ce processus correspondrait à l'utilisation de la maladie comme érotisme de crainte, d'angoisse et de souffrance, se punir dans son corps jusqu'à l'autodestruction total de l'être.

3- La problématique, concernant les modes de restructuration psychique, confrontée à l'hypothèse d'une reconstruction corporelle significativement profitable pour la réorganisation psychique sera alors discutée en tenant compte de deux facteurs essentiels. - La distinction entre les déterminations des troubles fonctionnels et somatiques renverrait à la notion de besoin. - La prégnance, chez le sujet dépendant affectif, du besoin de l'autre mettrait en exergue le rôle de l'intersubjectivité.

La corporéisation des affects servirait de clivage d'où s'extraient non seulement le déni du désir mais également le sens, la signification de l'angoisse. L'angoisse viendrait "se lier" dans le corps. La scène psychique devient la scène corporelle. L'agir suicidaire, le coma et la douleur insupportable pourront être mis sur un même plan, en considérant une même désintrication pulsionnelle. L'unité du fonctionnement psychique du sujet recherchée dans l'observation des intrications entre le somatique et le psychique indiquerait, quant à elle, que le développement d'une atteinte corporelle (maladie, affection, organique et/ou fonctionnelle) serait le résultat d'un processus : par régression – sous forme de crise – ou par déliaison pulsionnelle – atteinte évolutive –. Certaines désintrications pulsionnelles, conséquentes de leur reflux dans le soma, porteraient directement leur action sur les organes et les capacités immunitaires. La décharge pulsionnelle se ferait par l'intermédiaire du symptôme corporel dans un but de « satisfaction substitutive ».

Le rôle de l'intersubjectivité pourra être découvert¹³. L'intersubjectivité permettrait de situer le sujet "dépendant affectif" dans son besoin d'être reconnu par les autres, le groupe, la société ... besoin d'existence : il existe dans et par l'autre. Il remettrait ainsi en évidence le rôle indéniable du cadre thérapeutique, du groupe donc, de l'impact social.

L'hypothèse selon laquelle le symptôme somatique tiendrait lieu de réparation psychique bénéfique sera critiquée, elle déterminerait néanmoins des causes équivalentes sous un mode de fonctionnement psychique différents, reliant ainsi : TS, coma et douleurs. Il ne s'agirait donc pas du regard de l'autre sur l'expression somatique d'une souffrance psychique (visibilité par l'extériorisation douloureuse) mais de la prise en compte de l'intentionnalité consciente et/ou inconsciente intéressante dans la démarche thérapeutique. Le symptôme, quelque soit la forme qu'il prend, viendrait masquer ou réduire l'angoisse, il serait significatif d'un mécanisme de régulation, de défense : - en freinant l'accumulation d'excitations pulsionnelles, - en tant que voie de décharge pulsionnelle, - en venant court-circuiter

¹³ L'intersubjectivité sera entendue ici comme une activité qui accompagne le processus primaire et prolonge le processus de séparation-individuation. Et en lien avec l'agir, l'expression de C. Dejours « d'agir expressif » viendrait rendre compte des modalités d'engagement du corps dans la relation à l'autre et permettrait d'élargir ce concept à l'intentionnalité.

l'élaboration mentale. La régression qu'il peut convoquer dans son mouvement mortifère pourrait rendre compte d'un recours à l'acte sous-tendu par la pulsion de mort.

Des voies heuristiques s'ouvriront suite à ces nouvelles considérations. Prenant en compte, en fait, que l'expérimentation ne répond pas en totalité aux attentes hypothétiques. Elle offrirait des opportunités conceptuelles intéressantes quant à la prise en charge spécifique par la compréhension des mécanismes psychiques déployés lorsque le sujet se trouve confronté et submergé par l'angoisse ainsi identifiée comme étant paroxystique.

Les regroupements effectués avec les comportements addictifs et les impacts de l'intersubjectivité pourront favorablement conduire vers le renouvellement d'un protocole de soin.

UNE PREMIERE RECHERCHE

Etude sur le trouble panique : de l'angoisse à la crise d'angoisse

Nous allons reprendre brièvement la recherche sur le trouble panique et sa conclusion pour éclairer le lecteur sur l'orientation vers une analyse processuelle et vers l'accès paroxystique de l'angoisse. Les apports de cette première étude est nécessaire pour bien comprendre le développement d'analyse qui a contribué au travail actuel : « passage à l'acte et angoisse paroxystique ».

1. Le champ analytique
 - 1.1. Différenciation des névroses
 - 1.2. Concordance entre les névroses
2. Les théories bio comportementales et le modèle de Donald KLEIN
 - 2.1. Le concept de trouble panique
 - 2.2. Le développement du trouble panique
 - 2.3. Epidémiologie
 - 2.3.1. Les facteurs psychologiques et sociaux
 - 2.3.2. L'étiopathogénie du trouble selon Thérèse LEMPERIERE
3. Mise à l'épreuve des deux champs théoriques : le champ analytique et le bio-comportementalisme.
 - 3.1. Protocoles de recherche
 - 3.1.1. Population
 - 3.1.2. Matériel
 - 3.1.3. Le mode d'analyse et traitement des données
 - 3.1.4. Analyse des résultats
 - 3.2. Analyse clinique
 - 3.2.1. Résultat expérimental
 - 3.2.2. Les signes d'aménagement défensifs
4. Le trouble panique : un trouble évolutif
5. Conclusion

Un travail de recherche sur le trouble panique – son étiologie, sa genèse et les facteurs constituant le trouble décrit dans le DSM IV –, incite à revisiter la névrose d'angoisse freudienne, à redistribuer les symptômes contenus sous le terme de trouble panique dans les différentes névroses. L'intérêt de ce travail a été de mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité conduisant au surgissement de l'angoisse caractéristique du trouble.

Les questions sous-tendant la recherche sont au nombre de deux et proposent une hypothèse centrale :

1- Peut-on considérer le trouble panique comme étant une névrose d'angoisse « actualisée » ? 2- Et, quels rapports existent t-il entre le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble panique (TP).

Cette distinction engage à questionner la réelle séparation des deux ou de leur continuité par l'évolution du trouble. Dans l'idée de développement, et en suivant le « prototype » de névrose d'angoisse, l'hypothèse d'une aggravation de l'anxiété généralisée dans la névrose d'angoisse a été posée.

Le travail de recherche est épistémologique. L'étude bio-comportementale sur l'origine du trouble panique (origine endogène, réactionnelle, intrapsychique ou externe) basée sur les recherches de Donald Klein et Thérèse Lempérière permet la comparaison du trouble avec la névrose d'angoisse. La classification des différentes névroses, leurs valeurs et leurs portées sont explorées d'après la métapsychologie freudienne.

Un double intérêt émerge de l'étude:

- L'analyse du trouble panique par le DSM permet de dégager des facteurs (prédisposant, favorisant ..), le DSM, en effet, facilite l'étude des co-morbidités du trouble avec d'autres pathologies.
- L'intérêt rapporté par l'étude psychodynamique est d'identifier les mécanismes intrapsychiques présents et de dégager l'aspect processuel de l'angoisse qui a conduit vers l'interrogation actuelle.

Le DSM IV est approuvé par la psychiatrie pour sa facilité d'utilisation, sa construction scientifique, cartésienne et statistique. Du côté institutionnel, il faut reconnaître qu'il facilite un consensus diagnostic entre tous les membres qui la composent. Mais du côté de la psychanalyse, le DSM IV trouve plus de réticence, d'une part du fait de la disparition des structures psychopathologiques reconnues par la psychanalyse au profit de cette classification

nosographique et d'autre part par l'objectif différencié de la psychopathologie qui privilégie l'étude étiologique de la pathologie du sujet en tenant compte de sa singularité.

L'interprétation psychodynamique est plus difficilement opérationnalisable que le DSM mais permet de mieux rendre compte de la réalité psychique. Du reste, la psychiatrie classique conserve la conception unitaire de la névrose d'angoisse établie par S. Freud, on ne peut concevoir un travail sur les névroses sans tenir compte du modèle psycho dynamique freudien.

Il s'agit de « déconstruire » le trouble afin d'identifier sa base notionnelle et percevoir s'il existe ou non un effet évolutif du trouble qui perturbe le champ analytique. Après avoir distingué les grands types de névroses constituant la structure névrotique telle qu'elle apparaît dans la classification freudienne, avec le modèle biocomportemental, nous observerons les facteurs agissant sur le trouble de manière longitudinale, envisageant l'aspect évolutif possible, et enfin après avoir discuté des aspects cliniques, nous aborderons les conclusions de notre étude.

1. Le champ analytique :

- 1.1. Différenciation des névroses
- 1.2. Concordance entre les névroses

S. Freud différencie les névroses de transfert des névroses actuelles dont fait partie la névrose d'angoisse. Les névroses de transfert sont également appelées névroses de défense car il s'agit d'une tentative de résolution de conflits infantiles, conséquents du développement libidinal, dans un mécanisme de défense. Les symptômes "détériorent" la personnalité et les comportements et s'inscrivent dans la vie, dans le quotidien du sujet.

L'angoisse, phénomène fondamental de toute névrose, a été dissociée par S. Freud dès 1895 comme étant prédominante dans la névrose d'angoisse et considérée comme un échec du refoulement et la mise en place de symptômes.¹⁴

¹⁴ S. FREUD ; *"La première théorie des névroses"*, Quadrige PUF, Paris, 1995, 1997 : P 61, §357 : « Je trouvais, en effet, ce que en quoi E. Hecker m'avait devancé, que les symptômes névrotiques en question se laissaient en totalité regrouper comme inhérents à l'expression de l'angoisse, et je pus ajouter, à partir de mes efforts portant sur l'étiologie des névroses, que ces parties du complexes « névrose d'angoisse » permettent de reconnaître des conditions étiologiques particulières ... », p63, §360 : « les symptômes d'angoisse ..., comme cause générale de toutes ces névroses », p54, § 339 : « Le système nerveux réagit dans la névrose contre une source d'excitation interne comme il le fait dans l'affect correspondant contre une source externe analogue ».

Avant 1926, S. Freud considère l'angoisse comme conséquence névrotique et basée sur la pulsion sexuelle. Les causalités sont principalement externes. L'étude psychologique de l'angoisse est alors difficile. A partir de cette date, lui-même élabore une nouvelle théorie qui détermine cette fois la névrose comme conséquence à l'angoisse. L'angoisse devient une réaction du moi devant la pulsion et est à l'origine de la formation des symptômes et d'origine infantile. A partir de la 2^{ème} topique, on reconnaît l'angoisse comme préalable aux aménagements défensifs tel que le refoulement.¹⁵

1.1. Différenciation des névroses: la névrose d'angoisse, l'hystérie, la névrose phobique et la névrose obsessionnelle.

S. Freud, soulignait déjà dans la première topique l'existence de « névrose mixte » :

« Restent encore quelques remarques sur les relations de la névrose d'angoisse aux autres névroses en ce qui concerne leur occurrence et leur parenté interne. (...) Là où se trouve une névrose mixte, on peut mettre en évidence un mélange de plusieurs étiologies spécifiques. (...) Dans d'autres cas la pluralité de facteurs étiologiques n'est pas fortuite, mais au contraire l'un de ceux-ci a entraîné l'effet de l'autre. »¹⁶

Névrose d'angoisse:

La névrose d'angoisse est caractérisée par une excitabilité permanente, il s'agit d'un état de tension plus ou moins permanent ressenti comme un inconfort et sous jacent au déroulement des événements psychiques. La spécificité de la névrose d'angoisse est que l'accumulation d'excitation pulsionnelle provient du somatique et « que l'angoisse de celle-ci n'autorise pas une dérivation psychique ; c'est-à-dire qu'on ne peut acquérir l'apprentement à l'angoisse, qui forme le noyau de la névrose, par un affect d'effroi psychiquement bien fondé, unique ou répété »¹⁷, S. Freud décrit cette absence de dérivation psychique en tant que « dénévation ».

¹⁵ S. FREUD ; " *Inhibition, symptôme et angoisse* ", PUF, Paris, 1993, 2002, suppléments, p 73, §194
« Autrefois, je considérais l'angoisse comme une réaction générale du moi dans les conditions du déplaisir (...). De plus, il se dégageait l'apparence d'une relation particulièrement intime entre angoisse et libido, qui à son tour ne s'harmonisait pas avec le caractère général de l'angoisse comme réaction de déplaisir. (...) La conception antérieure n'était pas loin de considérer la libido de la motion pulsionnelle refoulée comme la source de l'angoisse ; selon la conception nouvelle, c'était au contraire le moi qui devait faire les frais de cette angoisse. Donc angoisse-du-moi ou bien angoisse-de-pulsion (-du-ça). Comme le moi travaille avec de l'énergie déssexualisée, l'intime corrélation de l'angoisse et de la libido a été elle aussi relâchée dans la nouvelle conception. »

¹⁶ S. FREUD ; " *La première théorie des névroses* ", Quadrige PUF, Paris, 1995, 1997, p 55, §339, 340.

¹⁷ Idem, in « sur la critique de la "névrose d'angoisse", p 64, §360

L'angoisse se caractérise par une angoisse flottante en quête de représentation pour une fixation éphémère. Il est question d'une angoisse diffuse qui recouvre un vécu de détresse et appelle des mécanismes énergiques et urgents du moi pour limiter leurs effets à la fois psychologique et somatique.

Elle se manifeste sous deux formes: un éprouvé psychique – l'accès d'angoisse – et une atteinte somatique sans accompagnement d'angoisse d'équivalence anxieuse. L'angoisse est une angoisse du réel, projection directe sur le corps sans médiation psychique.

S. Freud écrit la symptomatologie de la névrose d'angoisse dans la première topique en 1895 dans « Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que "névrose d'angoisse" », il décrit un tableau clinique en dix points¹⁸ dont nous pouvons retenir:

- « La susceptibilité générale aux stimuli » qui représente une excitation pulsionnelle dépassant le seuil de charge que le système nerveux peut tolérer. Donc, « une accumulation de stimulus absolue ou relative » impossible à supporter.
- « L'attente anxieuse », anxiété déterminant « l'inclinaison à une conception pessimiste des choses » et correspondant à ce qu'on appelle communément "la dramatisation" et qui élabore un « mode de contrainte ». « L'attente anxieuse est le symptôme nucléaire de la névrose » (...) « on pourrait dire qu'ici existe un quantum d'angoisse librement flottant qui, lors de l'attente, domine le choix des représentations et est prêt à tout instant à se lier à n'importe quel contenu de représentation qui convient ».
- L'angoisse peut se manifester autrement que par cette attente anxieuse et se libérer brusquement. Lors d'un accès d'angoisse, elle fait « irruption dans la conscience de façon soudaine, sans être éveillée par le cours de représentations et provoquer ainsi un accès d'angoisse ».
- Les accès d'angoisse s'accompagnent de symptômes qui peuvent prendre divers aspects : « il y a en conséquence des accès d'angoisse rudimentaires et des équivalents de l'accès d'angoisse, vraisemblablement tous de la même significativité, qui montrent une grande richesse de formes, jusqu'à présent peu pris en compte ». (vasodilatation, troubles cardio-respiratoires, activité gastro-intestinale, vertige, phobies, paresthésies)

De brusques ruptures du fonctionnement mental peuvent entraîner des passages à d'autres types de fonctionnement, caractériel, comportemental ou somatique. L'expression somatique n'est pas relative dans la névrose d'angoisse d'un mécanisme de conversion mais se réfère à

¹⁸ S. FREUD ; *"La première théorie des névroses"*, Quadrige PUF, Paris, 1995, 1997, p 33, 34, §317 à 319

des dysfonctionnements psychiques dont les effets vont jouer à la frontière entre le psyché et le soma. L'accumulation d'excitations pulsionnelles et le défaut de jonction somatopsychologique de l'excitation entraînent l'absence de liaison entre l'excitation issue du soma et les représentations inconscientes. La différenciation de la névrose d'angoisse avec l'hystérie apparaît :

Dans la similitude : « d'un coté comme de l'autre une déficience psychique à la suite de laquelle des processus somatiques anormaux se produisent. D'un coté comme de l'autre survient à la place d'une élaboration psychique une déviation de l'excitation dans le somatique » et dans la différence : « la différence réside seulement en ceci que l'excitation, dont le déplacement est la manifestation de la névrose, est, dans la névrose d'angoisse, une excitation purement somatique et dans l'hystérie une excitation psychique (provoquée par conflit) »¹⁹.

La névrose d'angoisse, par l'effet de "vertige" ressenti, est souvent accompagnée d'agoraphobie et par l'effet d'anxiété chronique, accompagnée de menaces physiologiques (angoisse des serpents, de l'obscurité...). D'où la comparaison fréquente avec la phobie :

« La concordance se trouve en ceci que dans un cas comme de l'autre une représentation devient contraignante par la connexion avec un affect disponible. Le mécanisme de la commutation d'affect vaut donc pour les deux espèces de phobies. Mais dans les phobies de la névrose d'angoisse, 1) cet affect est un affect monotone, toujours celui de l'angoisse, 2) il n'est pas issu d'une représentation refoulé (...). Le mécanisme de la substitution ne vaut donc pas pour les phobies de la névrose d'angoisse. »²⁰

La différence apparaît avec la névrose obsessionnelle du fait qu'il faut envisager la substitution de l'obsessionnelle comme « un acte de défense du moi contre l'idée inconciliable » et que « les obsessions sont multiples et plus spécialisées »²¹

« Il en ressort de ces considérations que l'on doit encore faire la différence entre les conditions étiologiques de l'occurrence des névroses et leurs facteurs spécifiques »²²

¹⁹ S. FREUD ; *"La première théorie des névroses"*, Quadrige PUF, Paris, 1995, 1997, p 57-58, §342

²⁰ Idem, p 38-39, § 322

²¹ Idem, p26, § 351

²² Idem, p 56, § 340

Dans l'hystérie

Le conflit psychique résulte de l'immaturité du moi et l'affect est converti directement sur le corps.

Les symptômes du phobique comme de l'hystérique viennent exprimer une angoisse de même nature. Mais l'angoisse est masquée par le phobique qui va éviter l'objet substitutif tandis que l'hystérique va le déposer sur la scène relationnelle où il va impliquer l'observateur extérieur. Dans les phobies, la libido n'est pas convertie par le refoulement mais elle prend la forme d'angoisse fixée sur un objet extérieur. Si la revendication libidinale est tout autant présente dans la névrose obsessionnelle que dans l'hystérie, c'est dans la névrose obsessionnelle qu'elle apparaît plus clairement, de fait, le rôle du complexe de castration est central dans l'émergence de la défense chez l'obsessionnelle.

La passivité de l'hystérie s'inverse en activité agressive et sadique dans la névrose obsessionnelle. L'hystérie est plus facilement associée à la féminité et la névrose obsessionnelle à la masculinité.

Dans la névrose phobique

L'angoisse provient de l'angoisse de castration, résulte de la trace mnésique d'une séduction infantile représentée par un affect unique et projetée dans le monde extérieur sur un objet réel. La peur phobique est toujours en lien avec le traumatisme. Le phobique s'installe alors dans une organisation psychique axée sur le danger extérieur afin de nier la libido redoutée, pouvoir la contrôler par l'évitement de l'objet substitué. La phobie migre tantôt vers l'hystérie, tantôt vers l'obsession.

La névrose d'angoisse peut être considérée comme une phobie "d'occasion" : la peur d'avoir peur, qui ne provient pas d'une représentation refoulée, tandis que la phobie commune est apparentée à la névrose obsessionnelle. La névrose d'angoisse anticipe des dangers indéterminés et à venir tandis que le phobique anticipe des dangers imaginaires cristallisés sur des objets extérieurs précis. L'agoraphobie est la phobie la plus représentative, avec la phobie sociale, de la névrose d'angoisse et est la significative d'un mode contrainte, l'inhibition.

« Une inhibition de la marche, abasie ou agoraphobie, se complète, se détaille une fois que ce symptôme a réussi à se hisser jusqu'à devenir la représentante d'un souhait inconscient et de la défense contre celui-ci »²³.

²³ S. FREUD : "Animisme, manie et toute puissance des pensées" § 118 [XIV 1915-1917]

Toujours en comparaison avec la phobie, la situation de danger de l'obsessionnel est intériorisée, représentée par l'hostilité du surmoi et non projetée sur un objet extérieur. L'obsession perdure même en l'absence de l'objet, l'angoisse est liée à des idées, tandis que l'objet extérieur du phobique reflète symboliquement le conflit intrapsychique.

Dans la névrose obsessionnelle

L'énergie pulsionnelle, nécessaire au maintien du processus de refoulement réitéré par ses échecs successifs, lutte contre l'angoisse de castration du fantasme primaire. La défense intrapsychique met en place un processus de négation et de déplacement de l'angoisse tout en la gardant intériorisée. L'affect reste donc présent et rend constant l'activité psychique ce qui complexifie la vie du sujet. L'état émotif diffère très largement entre le phobique et l'obsessionnel, en effet, on peut observer une certaine monotonie phobique et une variété d'obsessions dense chez l'obsessionnel avec apparition, en plus, de doutes, remords, colère... et autres expressions de l'anxiété.

La structure névrotique est caractérisée par la problématique œdipienne conduisant à l'angoisse de castration.

1.2. Concordance entre les névroses:

La névrose est une défense inappropriée, employée pour s'opposer à une jouissance inconsciente, dangereuse et "douloureuse". Elle se transforme en souffrance névrotique, c'est à dire en symptôme. Elle substitue à une jouissance inconsciente, dangereuse et irréductible, une souffrance consciente, supportable et, en dernière instance réductible. Elle génère une décharge inadéquate, insuffisance psychique, défenses avec substitution.

Nous retrouvons, avec J-D. Nasio²⁴, un essai de synthèse intéressant pour rendre compte de la répartition du Trouble Panique dans les névroses. Il propose trois modes différents de vivre sa névrose:

- Souffrir névrotiquement sur un mode obsessionnel, c'est souffrir consciemment dans sa pensée, c'est à dire déplacer la jouissance inconsciente et intolérable en souffrance de pensée: échec par déplacement.

²⁴ J-D. NASIO : "*le plaisir de lire Freud*", Editions Payot et rivages, 1999

- Souffrir sur un mode phobique, c'est souffrir consciemment du monde qui nous entoure, c'est à dire projeter au dehors, sur le monde extérieur, la jouissance inconsciente et intolérable et la cristallisation en un élément de l'environnement externe, devenu alors l'objet menaçant de la phobie: échec par projection.
- Souffrir sur un mode hystérique, c'est souffrir consciemment dans le corps c'est à dire convertir la jouissance inconsciente et intolérable en souffrance corporelle: échec par conversion

Nous pouvons alors dire que:

- Lorsque les crises d'angoisse et les symptômes somatiques dominent le tableau clinique on parle de névrose d'angoisse,
- Lorsque l'individu élabore des stratégies d'évitement par anticipation d'une irruption d'angoisse, on est en présence des diverses formes de phobies,
- Lorsque l'angoisse, pour être maîtrisée, désamorcée, suscite des réactions d'intellectualisation ou des aménagements défensifs ritualisés, on entre dans la pathologie névrotique obsessionnelle,
- Lorsque l'angoisse est liée à des sentiments de frustrations dans les relations interpersonnelles et qu'elle constitue une sorte de transaction avec l'entourage, elle tend à s'exprimer au travers de manifestations bruyantes, dans le registre des somatisations ou de la détresse hystérique.

Le type de défense utilisé par le moi différencie plus spécifiquement les névroses. La névrose est différente selon le type de représentation que la surcharge pulsionnelle finit par investir après avoir quitté la représentation intolérable.

Cette nosographie permet de conclure que les névroses sont l'expression des défenses du moi, du déplacement des conflits intrapsychiques, d'un dérèglement dans la vie libidinale. Lors de la réactivation d'un conflit œdipien mal éliminé, le conflit intrapsychique – pulsion/Surmoi ou désir/défense – se fait jour et des défenses peu efficaces se mettent en place. Les défenses névrotiques apparaissent au travers du refoulement, du déplacement, de la régression, des formations réactionnelles, de l'isolement et de l'inhibition mentale (formation de compromis). Les névroses sont des maladies de la personnalité caractérisées par des conflits intrapsychiques qui entravent les conduites sociales. Elles déstructurent moins les rapports du moi avec la réalité que les psychoses (H. EY). Elles sont psychologiquement compréhensives.

2. Les théories bio-comportementales et le modèle de Donald Klein

- 2.1 Le concept de trouble panique
- 2.2 Le développement du trouble panique
- 2.3 Epidémiologie

2.1. Le concept de trouble panique

Donald Klein marque son passage dans l'éclatement nosographique des névroses en participant à l'élaboration d'homogénéités nouvelles du DSM III en 1980, où il crée le concept psychiatrique « d'attaque de panique ».

Il propose en effet, dès 1962, de scinder la névrose d'angoisse en deux entités: le trouble panique et le trouble d'anxiété généralisé.

Le DSM identifie les troubles par des critères cliniques : classification des symptômes et des manifestations les plus observables. La discrimination du trouble panique et du trouble d'anxiété généralisé repose sur les critères du trouble panique. Cette distinction est très largement controversée, notamment en ce qui concerne le positionnement du trouble panique par rapport aux autres troubles anxieux. L'attaque de panique est analysée comme un trouble de l'anxiété anticipatoire : l'individu construit à son insu un schéma cognitif d'après une situation traumatisante qui crée une distorsion de sa pensée : façon de percevoir, d'analyser les situations... . L'anxiété est toujours une anxiété d'attente, attente d'un danger imminent: la punition, la douleur, la mort. L'anxiété d'attente souvent interprétée par la peur de mourir pourrait correspondre à l'angoisse dans son rapport à l'orgasme, telle que le définit J. Lacan :

« (...) la connexion étroite (...) de l'orgasme et de l'angoisse, en tant que l'un et l'autre peuvent être définis par une situation exemplaire, celle de l'attente de l'Autre »²⁵.

Pour D. Klein l'attaque de panique est essentiellement liée à une vulnérabilité biologique, à une certaine détermination génétique (fréquence de séparation précoce chez ces patients: syndrome de séparation) et en rapport avec l'angoisse de séparation décrite par J. Bowlby. Il classe ces attaques de panique comme pathologie singulière dans la névrose d'angoisse. D. Klein pose la question d'une causalité neurobiologique qui induirait une sensibilité à la séparation exprimée à l'âge adulte par un trouble panique. De même il propose que l'anxiété pourrait venir de conditions pathogènes du développement psychoaffectif. Pour lui, la pathologie se construit à partir de l'anxiété.

²⁵ Jacques LACAN : "Le séminaire, livre X, l'angoisse", Editions du Seuil, Paris, 2004, p 208

2.2. Le développement du trouble panique :

Son développement repose sur:

- La répétition des attaques de panique qui génère la constitution d'un état anxieux permanent : il est question ici de l'anxiété anticipatoire de la névrose d'angoisse.
- Un trouble incitant le sujet à des conduites d'évitement qui peuvent progressivement le conduire vers l'agoraphobie (considérée alors comme complication des attaques de panique). Le comportement "d'évitement", comportement aux références multiples des névroses, met parfois en doute l'appartenance à la névrose d'angoisse.

Il est important de rappeler que l'état panique est caractérisé par :

- Une anxiété généralisée, c'est à dire un état d'anxiété flottante, diffuse, représentée par une dramatisation des événements et des anticipations négatives sur les événements à venir,
- Des ruminations anxieuses qui génèrent une insécurité permanente.
- L'impression, pour le sujet, d'être observateur et non acteur de sa propre vie – sentiment de dépersonnalisation –, cet état lui dicte une hyper vigilance. Cette tendance procure une nervosité, une réactivité, un sentiment de faiblesse généralisée (et fatigabilité). Le système limbique est perturbé par cette sensibilité émotionnelle et par conséquent entraîne une diminution des capacités mnésiques: trous de mémoire et une irritabilité.

Ce fond anxieux ajouté à des facteurs favorisant provoquent des crises d'angoisse plus intenses, sans circonstances déclenchantes, pouvant conduire à des crises paroxystiques appelées aussi attaque de panique (angoisse aiguë, d'apparition soudaine, les symptômes somatiques sont marquants et alertent le sujet.). Ces crises génèrent un état d'anxiété anticipatoire: peur du surgissement impromptu de l'état d'angoisse et des symptômes évoquant une dysrégulation physiologique autonome. L'état d'anxiété anticipatoire obsède le patient et devient le symbolisant du "signal" de danger. L'inhibition, conséquent de cet état, entraîne souvent l'agoraphobie qui devient la représentation de l'angoisse sur un objet de la réalité extérieure, et de manière moins fréquente, la phobie sociale vient signifier cette défense.

2.3. Epidémiologie :

2.3.1 Les facteurs psychologiques et sociaux

2.3.2 L'étiopathogénie du trouble selon Thérèse LEMPERIERE

Le modèle bio-comportemental étudie l'influence de divers facteurs (constitution individuelle, environnement, mode de vie, milieu social) sur le trouble panique, notamment sur leur fréquence, distribution et étiologie, ainsi que sur tout autre phénomène biologique ou social déterminé.

Le vécu global comprend toutes les implications affectives, toutes les valeurs appropriées dans l'enfance: son équilibre permet au sujet de se réaliser au sein des interrelations. Par contre lorsque le vécu est chargé d'affects, la force du désir va se trouver modifiée par les déplacements stimulés par la libido. Ce vécu global peut être considéré comme le facteur prédisposant. Les événements nouveaux, quant à eux, constituent le facteur déclenchant, que l'on peut considérer comme favorisant l'accroissement d'énergie pulsionnelle dans la tentative d'accession au désir, au principe de plaisir. L'autonomie peut-être vue comme une conquête perpétuellement remise en question par rapport à l'autre et à soi-même – gestion des réactivations d'angoisses antérieures susceptibles d'émerger –. En effet, désirer, c'est tendre vers la possession de l'Objet qui manque, en relation avec les images idéales inculquées – intégration du désir de l'autre comme sien –. Le facteur précipitant dépend des capacités, des circonstances, des motivations actuelles du sujet. Le sujet recherche l'homéostasie avec la réalité externe et la réalité interne. Une fragilité précipite l'individu dans un déséquilibre psychique, ce facteur appelé facteur favorisant tient compte de ses réactions dans ses rapports à l'environnement intégrant son activité psychique, son organisation interne du moment. Ces réactions font parties des modes de défense intrapsychiques.

2.3.1. Les facteurs psychologiques et sociaux

Les facteurs prédisposants:

Les facteurs génétiques ont une incidence et sont plus spécifiques au trouble panique et à l'anxiété généralisée même si cette dernière est plus dépendante des facteurs environnementaux tels que l'angoisse de la perte, de l'abandon. Cela veut dire qu'il existe une prévalence des troubles chez des sujets dont au moins un des membres de la famille est anxieux.

La personnalité anxieuse antérieure aurait une valeur prédictive. T. Lempérière, en citant Reich, parle de "faible force émotionnelle et d'extraversion et une dépendance interpersonnelle plus élevée". F. Rouillon l'explique, dans ce même ouvrage, par le fait que ces sujets ont une tendance à l'externalisation des faits évènementiels, « les anxieux ayant souvent tendance à attribuer à une causalité externe l'apparition de leurs symptômes »²⁶.

Ne faut-il pas relier ces effets biologiques à l'anxiété généralisée étant donné le manque de patterns biologiques précis?

L'enfance : D. Klein détermine un lien entre les troubles et la survenue, durant l'enfance, de manifestations liées à l'anxiété de séparation. Anxiété de séparation de nature diverse qui contribue parfois à l'association d'anxiété telle que des terreurs nocturnes, phobies scolaires, phobies sociales de l'adolescence...

L'environnement familial joue également un rôle précurseur, on retrouve de fortes corrélations entre les patients issues de : 1 - familles hyper protectrices – dont la mère est surprotectrice et le père insignifiant (Goldstein et Chambless, 1978) –, 2- de familles où existe un manque de soins ou d'affection maternelle – négligence au sens du faible contrôle ou de l'indifférence parentale (Harnis et coll.,1986) –, 3 – des familles où régnait un climat de violence physique voire sexuelle (Raskin et coll., 1982).

Les facteurs précipitants:

Le début des crises se situent généralement entre 20 et 30 ans avec un pourcentage plus élevé chez la femme.

Les circonstances de survenue des attaques de panique sont des évènements tels que : la rupture affective, la mort ou la maladie d'un proche, un problème de santé qui fait surgir un sentiment de vulnérabilité, et des abus toxiques.

Thorpe et Burns (1983), font le constat que pour un tiers des cas, l'exposition à un événement traumatique comme la survenue de la maladie d'un proche ou de lui-même, la mort d'un proche ou la présence sur un lieu d'accident, réactive le syndrome d'abandon à l'âge adulte par la similarité émotionnelle. Par contre, la question sur la spécificité de ces facteurs sur le trouble panique n'est pas admise formellement.

La séparation d'avec le milieu familial, un deuil, un divorce, un échec sentimental favoriseraient la survenue des troubles, les travaux de Roy, Byrne (1986) déterminent ce constat également pour un tiers des sujets observés (11 cas sur 33).

²⁶ F. ROUILLON, in "le trouble panique", T. LEMPERIERE, Acanthe, MASSON ,Paris, 1998, p 82

L'abus de substances (alcoolisme ou toxicomanie secondaire) ou le sevrage apparaissent également comme des facteurs précipitants.

2.3.2. L'étiopathogénie du trouble selon T. Lempérière ²⁷

T. Lempérière considère que le trouble panique est bâti sur un fond d'anxiété permanent qui se transforme en crise d'angoisse à l'occasion de situations difficiles. Ce fond d'anxiété permanent est d'origine infantile et indique une attente anxieuse, des attaques de panique et des symptômes somatiques. Ces caractéristiques correspondent également au diagnostic des névroses d'angoisses.

T. Lempérière appuie la thèse d'une transmission de *la personnalité anxieuse* par la mère, une personnalité "vulnérable" aux troubles anxieux, donc un facteur familial, biologique prédispose le sujet au trouble panique. Les facteurs circonstanciels déclenchants sont en rapport avec le vécu infantile : peur de la perte (syndrome d'abandon), frustration ou conflits d'ordre sexuels, insécurité.

Du trouble panique à l'attaque de panique : « ce qui spécifie le trouble panique, c'est la répétition rapprochée des attaques et le caractère inattendu de leurs déclenchements »²⁸.

La comparaison des névroses avec le trouble panique va permettre l'analyse des rapports qui existent entre eux et établir la place du trouble panique. Si la névrose d'angoisse ne correspond pas au trouble panique alors on aura une différenciation entre trouble panique et trouble d'anxiété généralisé.

Les études de la symptomatologie des troubles anxieux ne montrent pas de fortes consistances internes et ne permettent pas l'autonomisation du trouble panique et du trouble d'anxiété généralisé. Constats en référence avec les travaux de: Robins et al. en 1981, Cameron et al. en 1986, Barlow en 1985, Mannuzza et al en 1989²⁹. Et les résultats recueillis par *la national comorbidity survey* (NCS), Barlow en 1985, Blowers en 1987, Tarrier et Main en 1986³⁰. Le TAG peut représenter une forme d'anxiété prodromique du TP: validité de la dichotomie TP et TAG³¹. La dichotomie se révèle difficile à affirmer en pratique clinique du fait du passage d'une forme à l'autre.

²⁷ T. LEMPERIERE : "*Le trouble panique*", Acanthe, MASSON, Paris, 1998

²⁸ Idem, p 1

²⁹ J. ADES, F. ROUILLON : "*Les états névrotiques*", Editions J-P GOUREAU, Château-du-Loir, 1992, p. 81

³⁰ ANAES/ mars 2001, p. 30-34 et p. 53

³¹ J. ADES, F. ROUILLON : "*Les états névrotiques*", Editions J-P GOUREAU, Château-du-Loir, 1992, p. 83

Ce travail de déconstruction du trouble panique et de l'analyse des névroses est nécessaire pour les comparer objectivement. En effet, la comparaison du syndrome du trouble panique, apparentée à une étude épidémiologique, et des névroses, n'est rendue effective qu'à partir du moment où l'analyse des structures névrotiques est accessible.

3. Mise à l'épreuve des deux champs théoriques : le champ analytique et le bio-comportementalisme

2.4. Protocoles de recherche

2.5. Analyse clinique

3.1. Protocole de recherche :

3.1.1. Population

3.1.2. Matériel

3.1.3. Le mode d'analyse et traitement des données

3.1.4. Analyse des résultats

3.1.1. Population:

Le groupe est constitué de 20 patients, tous appartenant au service du Docteur LE FOLL au CHGR de Rennes.

Le diagnostic de trouble panique est établi par les psychiatres consultés par ces patients. Ils sont suivis par l'un des cinq psychiatres du service. Le repérage des patients est donc basé sur un diagnostic psychiatrique et va donc laisser une large marge de manœuvre au diagnostic psychologique. De ce regroupement par critères psychiatriques, les particularités psychologiques pourront être dégagées.

Afin d'accéder à une pertinence maximum, un questionnaire diagnostique basé sur le DSM IV est rempli grâce aux indications données par les psychiatres. En effet, les informations transmises par les dossiers psychiatriques ne peuvent pas décrire comparativement les patients du fait des prises de notes multiples, variées, propres à chacun des psychiatres. Les sujets sont donc tous représentatifs du trouble panique, avec ou sans agoraphobie. Cette évaluation par un diagnostic similaire va unifier le groupe de patients constituant l'échantillon.

Les critères diagnostiques du TAG sont associés à ce questionnaire et mettent clairement à jour les notes indiquées dans le DSM : "L'anxiété généralisée survient très fréquemment en même temps que des troubles de l'humeur, d'autres troubles anxieux (p. ex., Trouble panique, Phobie sociale, Phobie spécifique) et des troubles liés à des substances"...."Un diagnostic différentiel d'anxiété généralisée ne doit être fait que lorsque l'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas lié à ce trouble, c'est à dire que les soucis excessifs ne se résument pas au fait d'avoir

une attaque de panique (comme dans le Trouble Panique), d'être gêné en public (comme dans la Phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le Trouble Obsessionnel Compulsif), de prendre du poids (comme dans l'anorexie mentale), d'avoir une maladie sévère (comme dans l'hypocondrie)..".

En psychiatrie, les patients présentant une anxiété généralisée pure sont rares, elle est le plus souvent associée à un autre type de pathologie anxieuse. Les patients hospitalisés pour TS (pour échapper au TP ressenti comme irrémédiable, crise d'angoisse insurmontable...) sont exclus des critères de choix de notre population ainsi que les pathologies aggravées. Ce premier questionnaire permet d'obtenir le critère d'acceptation du patient pour la recherche et de recueillir les informations concernant l'âge, le sexe, la situation familiale et professionnelle du patient.

Tableau des caractéristiques psychosociales: tableau 1

Patients	Age	Sexe	Situation familiale	Situation professionnelle
I	22 ans	Féminin	Célibataire	Assistante commerciale
II	33 ans	Féminin	Divorcée sans enfant	Assistante commerciale
III	27 ans	Féminin	Mariée, un enfant	Nutritionniste
IV	22 ans	Féminin	Célibataire	Etudiante archéologie
V	23 ans	Masculin	Célibataire	Electromécanicien
VI	29 ans	Féminin	Mariée, un enfant	Hôtellerie
VII	20 ans	Féminin	Célibataire	Hôtesse d'accueil
VIII	25 ans	Masculin	En couple	Ingénieur informatique
IX	23 ans	Féminin	Célibataire	Chômage
X	20 ans	Féminin	En couple	Etudiante en droit
XI	30 ans	Féminin	Célibataire	Aide soignante
XII	47 ans	Féminin	Mariée, 2 enfants	Institutrice
XIII	32 ans	Féminin	En couple	Infirmière
XIV	34 ans	Féminin	Célibataire	Aide soignante
XV	25 ans	Féminin	Célibataire	Etudiante en musique
XVI	24 ans	Féminin	En couple	Etudiante en médecine
XVII	39 ans	Masculin	Célibataire	Ingénieur informatique
XVIII	19 ans	Féminin	Célibataire	Etudiante en art appliqué
XIX	24 ans	Féminin	Célibataire	Professeur d'anglais
XX	17 ans	Féminin	Célibataire	Prépa. Auxiliaire puéricultrice

3.1.2. Le matériel

Constitution de l'entretien

Un entretien semi-directif est construit en fonction des facteurs définis par D. Klein combinés avec les caractéristiques de la névrose d'angoisse afin de faire apparaître le maximum de critères distinctifs dans les réponses. Le but étant de croiser les repérages descriptifs, symptomatiques et la description structurale, dynamique.

Construction de la grille de cotation

Les questions (=les items) reprennent les caractéristiques décrites dans l'étude théorique freudienne. Les items-réponses sont dégagés à partir de la sémiologie des névroses et intégrés sous forme de tableau les mettant en correspondance.

Les résultats sont combinés aux facteurs qui émergent de l'analyse de D. Klein

- Facteurs Prédisposants : génétique (= vulnérabilité biologique), personnalité, enfance, environnement familial
- Facteurs Précipitants : facteurs de maintien (/actualité), ex. circonstance survenue A.P.
- Les symptômes cibles: types d'angoisse (= situations déclenchantes), DSM
- Les symptômes : émotions physiques
- Les sentiments : manifestations somatiques : frustration, irritabilité.
- Les comportements: anticipations, stratégies, conséquences

Chaque entretien donne lieu ainsi à une **codification**

La cotation des critères réponse utilisés par le patient est ensuite répertoriée sous forme de tableau de cotation qui permet de classifier les réponses selon leurs appartenances aux types des névroses. De cette distinction consensuelle, des facteurs d'hétéro et d'homogénéité émergent ainsi que l'observation du trouble en tant que trouble endogène ou réactionnel. La codification va permettre de comptabiliser les types de réponses en "unités de sens" et d'observer les liens entre les types de réponses. La présence ou non présence de certains types de réponse peut être également révélatrice dans l'analyse.

3.1.3. Le mode d'analyse et le traitement des données:

L'analyse va permettre d'analyser:

- Les fréquences des critères-réponse / groupe
- Les corrélations inter-réponse / groupe
- Les corrélations intra-réponse / sujet

Les critères réponse vont être exploités de manière à observer:

- S'ils correspondent à des réponses sur les faits ou sur la position du sujet sur les faits.
- S'ils sont "largement fournis", "fournis" ou "non fournis".

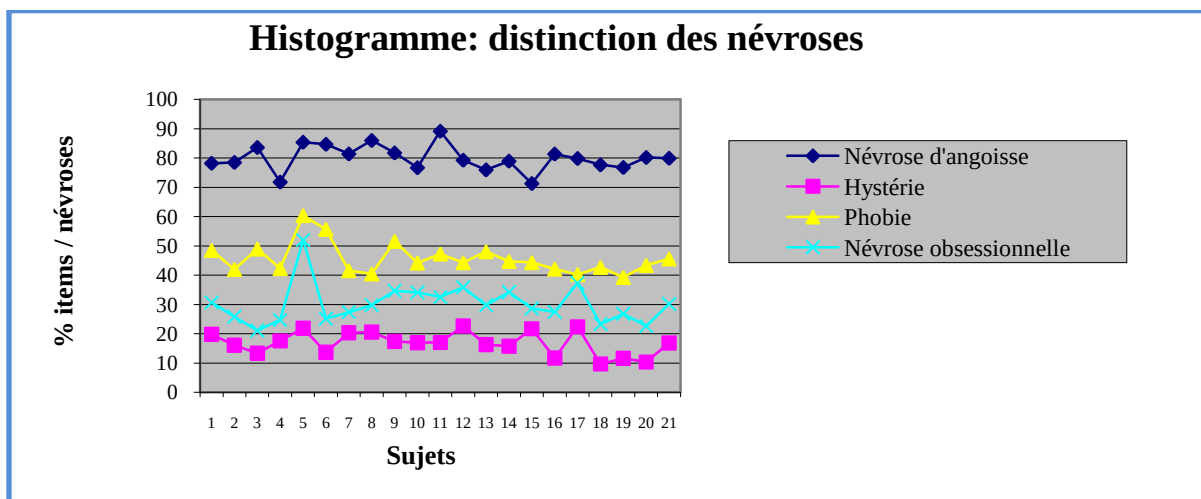
Cette 1^{ère} catégorisation va se faire en regroupant des critères réponses par "quantité exprimée".

Cette classification laisse émerger les caractéristiques spécifiques (critères dominants, singuliers ou exclusifs) pour évaluer, reconnaître une réalité du trouble panique dans sa totalité dynamique. Cette réalité reconnue, on devrait pouvoir construire un concept explicatif visant l'élaboration d'une théorie.

3.1.4. Analyse des résultats:

Les résultats montrent que les sujets répondent majoritairement aux items par des critères réponse correspondant à la névrose d'angoisse. L'histogramme suivant va représenter schématiquement ces résultats³².

Répartition des névroses dans la population : Tableau 2



Les résultats montrent une certaine homogénéité: seul le patient V a des caractéristiques plus fortes concernant des traits phobiques et obsessionnels. Cependant, peut-on conclure à une inclusion totale du trouble panique dans la névrose d'angoisse ? Ou doit-on élargir la conception du trouble panique à une névrose complémentaire – reconnaissant l'appariement fort avec la névrose d'angoisse tout en impliquant les névroses de défense – ce qui, d'une certaine manière, apparaît vraisemblable quand on observe la structure panique.

Cette première analyse demande donc à être approfondie par d'autres analyses mais cette fois avec un regard nouveau qui porterait sur cette nouvelle structure "composée".

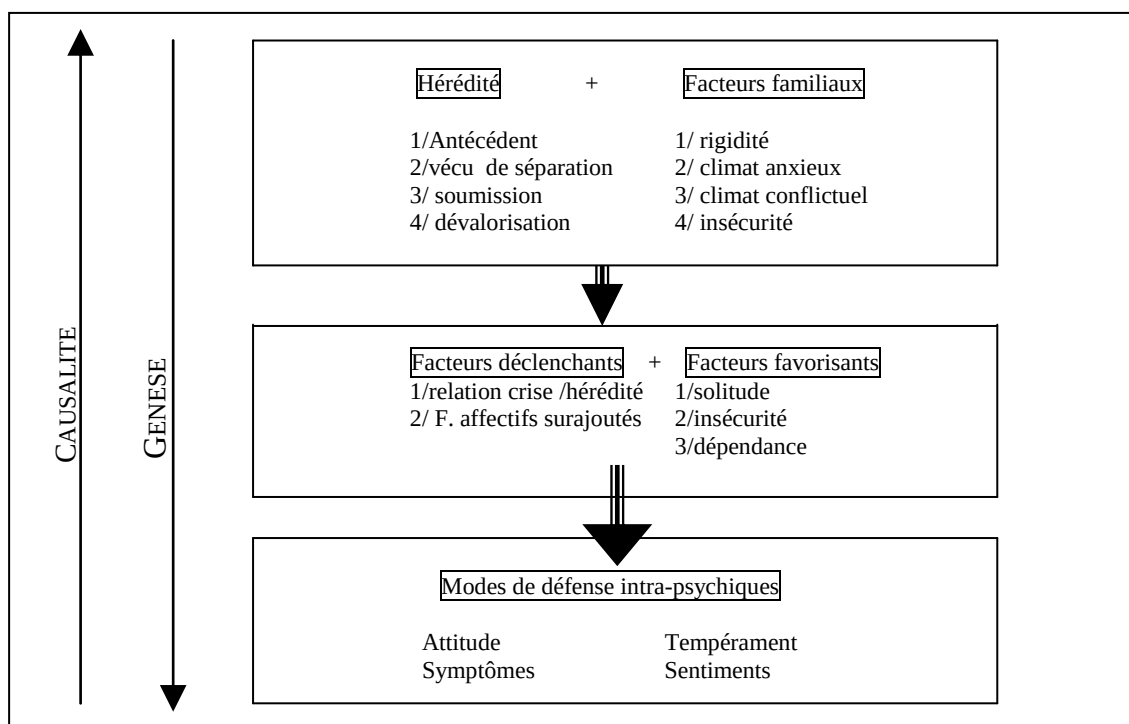
Selon ce mode d'exploitation choisi, deux sortes de corrélations sont observées : soit un discours d'inquiétude vis à vis de la peur de perdre l'autre par le conflit ou la dévalorisation, soit un discours de dépendance vis à vis de la mère, de l'autre.

³² Cf annexe 1: tableau A de résultats par items

La position du sujet sera retranscrite en fonction des observations constituées sur les critères suivants³³:

- Hérédité: les antécédents familiaux d'anxiété, le vécu de séparation, la confiance en soi, la soumission, la dévalorisation
- F. familiaux: la rigidité éducative, l'agressivité, le climat anxieux, le climat conflictuel, l'insécurité.
- F. déclenchants: accord avec hérédité dans la crise, désaccord, facteur affectif surajouté
- F. favorisants: solitude, insécurité, dépendance
- Attitude: inhibition, culpabilité, dévalorisation
- Tempérament: anxiété anticipatoire, peur de l'incertain, fatigabilité, sentimentalité, attachement, dépendance, évitement, recherche soutien social.
- F. psychosociaux: sexe, âge, activité professionnelle, vie familiale, relations sociales : (tableau 1)

Schéma de synthèse : tableau 3



3.2. Analyse clinique :

- 2.5.1. Résultat expérimental
- 2.5.2. Les signes d'aménagements défensifs

3.2.1 Résultat expérimental

A partir de cette mise à l'épreuve du champ analytique confronté au champ bio comportementalisme, une construction structurale de l'angoisse se dégage. Une organisation

³³ Cf annexe 1: tableau B récapitulatif

bipolaire ressort des structures névrotiques. On peut considérer deux niveaux d'observation sur chacune des névroses, à savoir un niveau manifeste, la face visible de " l'iceberg", et un trouble électif, qui n'affecte pas l'ensemble du trouble. La genèse de l'anxiété et des affects apparaît de façon intra psychique mais peut être considérée comme exogène, réactionnelle dans la mesure où les affects prennent sens dans le réel, en entrant en contact avec la réalité extérieure.

L'étude a permis de mettre en évidence quatre éléments révélateurs: 1- des facteurs constitutionnels, 2- une personnalité évitante et dépendante, 3- une forte inhibition, 4- une anxiété « sans objet ».

1- Des facteurs constitutionnels, incluant une personnalité fragile, une vulnérabilité, favorisés par un environnement social ou familial insécurisant et prédisposant à l'anxiété généralisée. Le facteur prédisposant principal à l'apparition du trouble traduit souvent une perte ou une séparation durant l'enfance. L'événement de vie traumatique est caractérisé par une rupture, un bouleversement affectif dans l'organisation psychique du sujet et provient de la prime enfance ou de l'enfance qui fragilise le sujet et apparaît, à l'âge adulte, comme cause de vulnérabilité. Il est possible d'établir un lien entre les traumatismes précoces et la pathologie actuelle, le facteur précipitant est souvent issu d'un événement de vie de séparation récente. Le sujet semble se trouver dans une difficulté d'adaptation face aux difficultés de vie et une réaction de défense intrapsychique se met en place. K. Jaspers (1948) montre alors qu'il existe un lien étroit entre la circonstance déclenchante et l'état réactif, de même qu'il existe une relation entre l'événement vécu et le comportement pathologique ultérieur. Toute réaction devient alors visible dans un enchaînement logique et affectif à partir d'un facteur déclenchant.

2- La personnalité évitante et dépendante est fréquente dans l'anxiété généralisée et est exacerbée dans l'accès paroxystique, dans le besoin excessif d'être pris en charge et dans la crainte de séparation. Le refoulement accentue l'évitement et le sujet se réfugie dans sa vie infantile et inconsciente. La situation anxiogène engendre une réaction d'alerte correspondant à l'attente anxieuse décrite par S. Freud.

3- L'inhibition et le comportement d'évitement sont fortement corrélés :

Dans la phobie, l'inhibition apparaît dans la gêne quotidienne provoquée par la peur persistante d'un stimulus déterminé, il s'agit d'une inhibition partielle, situationnelle : l'anticipation par conduite d'évitement porte sur un ou des objets précis. Cependant la fuite situationnelle ou l'inaction peut conduire également à l'isolement social. Le phobique exprime aussi son isolement physiquement par un manque d'énergie, une perte de confiance le

faisant apparaître comme timide ou indifférent et dans une grande difficulté décisionnelle. Dans la névrose obsessionnelle, les critères se rapprochant de la névrose d'angoisse lors des attaques paniques sont cristallisés autour : de gênes sociales, de détresse perçue, d'une hyper vigilance environnementale, de mesures protectrices, de luttres perpétuelles pour identifier un danger. L'inhibition est alors représentée par un état de rigidité, d'indécision, d'évitement relationnel. Les conduites d'évitement sont inefficaces.

Quant à l'hystérie, plus éloignée, elle se voit principalement exprimée dans les symptômes de conversion. L'inhibition est plus localisée, mais perturbe l'ensemble de l'action en altérant la mémoire et le relationnel, – d'où l'isolement –, dans un sentiment d'insatisfaction permanente et par la perturbation de la sexualité. L'hystérie recueille moins de critères réponse en lien avec les attaques paniques contrairement à ce que S. Freud (1895) soulignait. Nous pouvons considérer que l'hystérie est une névrose qui a évolué, aujourd'hui le comportement hystérique est moins "théâtral" et moins décelable par les critères définis dans la nosologie freudienne.

4- Une angoisse « sans objet » : La spécificité des attaques paniques tient dans l'impossibilité du sujet à faire le lien entre la cause et les effets: tout devient anxiogène..., il s'agit d'une inhibition anxieuse plus diffuse basée sur des antécédents d'anxiété généralisée où les actions sont anticipées pour se prémunir d'une éventuelle mise en danger. Les restrictions des actions s'étendent à tel point que le sujet évite les objets qu'il identifie comme un danger réel, les situations, les déplacements, les contacts. La présence d'anxiété manifeste ou latente prédomine dans la panique comme dans l'anxiété généralisée par sa consistance, divergente des phobies ou de la névrose obsessionnelle dans la mesure où celles-ci sont canalisées.

Le rapprochement fréquent que l'on peut faire entre névrose d'angoisse et phobie tient dans la nécessité de donner un sens à la situation: la représentation transforme l'angoisse en peur. Le sujet se focalise sur une situation extérieure anxiogène particulière au détriment de la cause réelle, dans le déni d'information intra psychique le rapprochant d'un système de réalité. Il est ainsi incapable, par une action de défense de contrôler, de supprimer l'angoisse. On est dans un processus d'angoisse panique qui correspond à un renforcement continu de l'état d'alerte. Processus physique de l'attaque panique: le "malaise" comporte tous les symptômes somatiques qui marquent la défaillance du moi ; « le corps devient représentant de l'angoisse » (S. Freud). L'angoisse incontrôlable est la représentation de l'afflux d'excitations incontrôlables. L'angoisse augmente le degré d'incertitude, le sujet est complètement "désorganisé", ce que révèlent les sentiments de doute, d'indécision, d'inquiétude. Comportement qui vient remplacer l'agitation, l'agressivité et déplace l'angoisse du conflit

moi-surmoi et vient pointer le besoin de soumission, de dépendance (accompagnement...) comme moyen exutoire, d'autopunition. Ce processus de désorganisation mentale perdure par la peur que le sujet pressent de la reproduction de cette expérience, "le vécu d'angoisse panique". Une défense réussie serait construite par la vérification situationnelle afin de transformer la source d'inquiétude – objet de la TCC).

Des résultats émergent une structure, semble-t-il, caractéristique de l'échantillon de patients. Les observations, dans l'analyse de l'attaque de panique, apparaissent plus étendues que la description donnée par le DSM avec des caractéristiques communes aux névroses et des caractéristiques spécifiques à la névrose d'angoisse. L'analyse permet de sortir le TP d'un syndrome structural pour en décrire une logique interne s'insérant dans la structure névrotique. De l'analyse dynamique, s'élabore des traits "panique" qui se différencie de l'anxiété flottante. Une dichotomie apparaît dans un rapport relationnel entre les manifestations névrotiques et les troubles observés.

3.2.2. Les signes d'aménagements défensifs :

Signes et interprétations :

L'analyse des mécanismes en jeu à partir du modèle psycho-dynamique permet d'identifier un ensemble de condition permettant l'identification des conflits intrapsychiques.

- Le "syndrome d'abandon"³⁴ avec: le sentiment de solitude, l'absence, le manque au niveau du désir, le sentiment d'insécurité. Le syndrome d'abandon entraîne un manque de confiance retranscrit dans l'état de doute et par un état de soumission : la peur de la perte signe l'immaturité (/régression), l'Autre vient faire défaut, le sujet vit pour devancer les attentes de l'autre et génère l'occultation du soi ou du "pour soi".

L'analyse des résultats caractéristique de l'effet du syndrome d'abandon et ses déclinaisons :

- Présence /absence: la mère est présente voire hyper protectrice, mais dépressive, le père absent, ou/et autoritaire; le vécu de l'enfance dans un climat anxieux, avec au moins un des parents anxieux. Bien que tous les sujets appartiennent à une fratrie, un seul évoque l'anxiété de frères et sœurs.

³⁴ Le syndrome d'abandon fait référence à la psychanalyste Germaine GUEX. Nous reprenons sa définition p 88.

- La culpabilité: lie le doute et la soumission qui doivent rester constant pour maintenir l'équilibre de la structure. L'expression du désir se révèle dans la manière d'exprimer la pulsion interdite (non autorisée) du désir: excitation excessive pulsionnelle, jouissance impossible. Les instances surmoïques sont très fortes voire excessives.
- L'inhibition: l'isolement, l'agoraphobie : le sujet a besoin d'être accompagné pour sortir.
- L'accès d'angoisse découlant de l'anxiété généralisée bouleverse la structure d'une névrose d'angoisse dans des expressions phobiques et obsessionnelles.
- L'expression corporelle. Elle sert de support à la représentation "impossible" de l'angoisse (processus de déplacement). Les symptômes somatiques ne sont pas atténués dans le discours et la prise de médicaments omise alors que la prescription touche tous les patients (la question n'étant pas posée clairement, il peut s'agir d'un biais lors de la passation). Pour S. Freud, la somatisation reflète l'échec de défense, la souffrance somatique marque la défaillance du moi: le corps devient représentant de l'angoisse.

La genèse de l'angoisse et des affects apparaît de façon intra psychique mais peut être considérée comme exogène, réactionnelle dans la mesure où les affects prennent sens dans le réel, en entrant en contact avec la réalité extérieure. L'analyse des faits nous amène à concevoir l'inhibition comme centrale. Traiter l'inhibition peut permettre d'évacuer plus rapidement les défenses mises en place.

L'analyse demande à chercher au delà du contenu manifeste afin d'en découvrir le contenu latent, en effet les facteurs déclenchants et la survenue des troubles ne suffisent pas à la compréhension des conflits. La connaissance du clinicien et la reconnaissance par le sujet du poids du passé ; anamnèse et traumatismes. La démarche du clinicien est bien de rendre compte de la cause des conflits inconscients dans l'apparition des symptômes, expression du conflit psychique émergeant de la vie infantile du sujet de part ses compromis entre désir et défense. Cette constatation amène à réviser les aspects phénoménologiques du trouble panique. Nous pouvons concevoir un élargissement de la névrose d'angoisse dans le trouble panique. La présence de l'anxiété généralisée et dans son élargissement – par des liens entre les phénomènes observés – la présence d'autres types de névroses ont été mis en évidence.

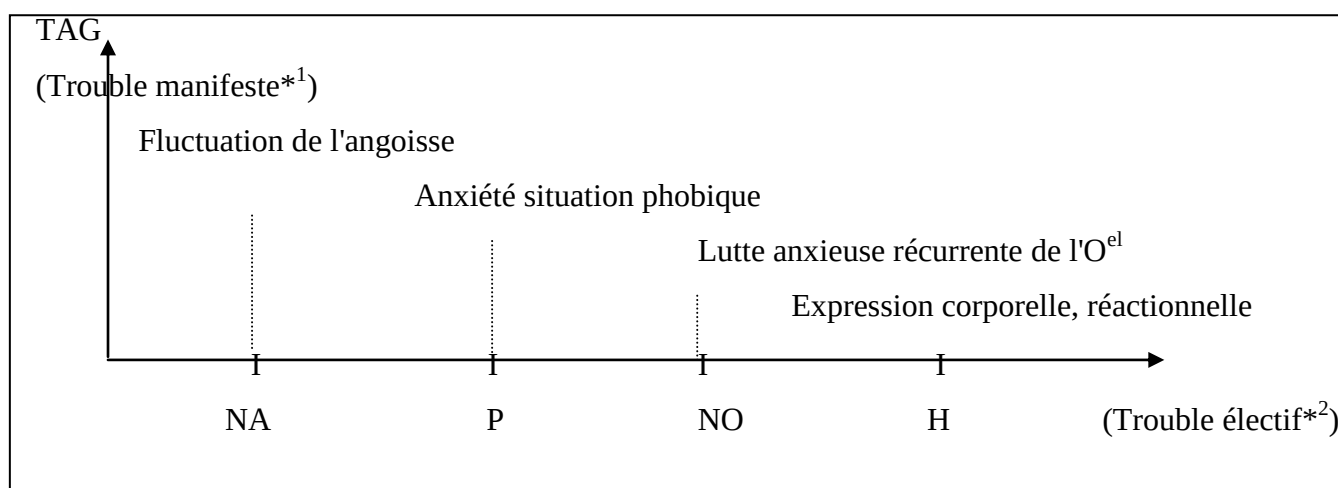
4. Le trouble panique : un trouble évolutif

L'hypothèse émise d'un trouble évolutif s'est confirmée dans l'étude.

A la lumière de ces observations, *nous ne pouvons comprendre le trouble panique que dans la mesure où nous le considérons dans ses implications névrotiques*. Le trouble panique peut donc être reconnu comme une combinaison de traits névrotiques appartenant à plusieurs formes névrotiques. En ramenant les résultats cités plus haut à une échelle de 100 : 46.3% des résultats correspondent à la névrose d'angoisse, 26.5% à la phobie, 17.3% à la névrose obsessionnelle et 9.8% à l'hystérie.

1. La présence de l'anxiété généralisée dans le trouble panique a été montrée. L'anxiété généralisée bouleverse la structure d'une névrose d'angoisse et lui confère des connotations phobiques et obsessionnelles. On peut considérer:

La présence de l'anxiété généralisée dans la répartition des formes névrotiques: tableau 4



*¹Le trouble manifeste correspond au niveau manifeste tel que le définit Cottraux, c'est à dire comprenant le syndrome (panique) et les expressions psychologiques du syndrome. *²Les troubles électifs correspondent aux structures psychologiques qui sous-tendent les problématiques manifestes.

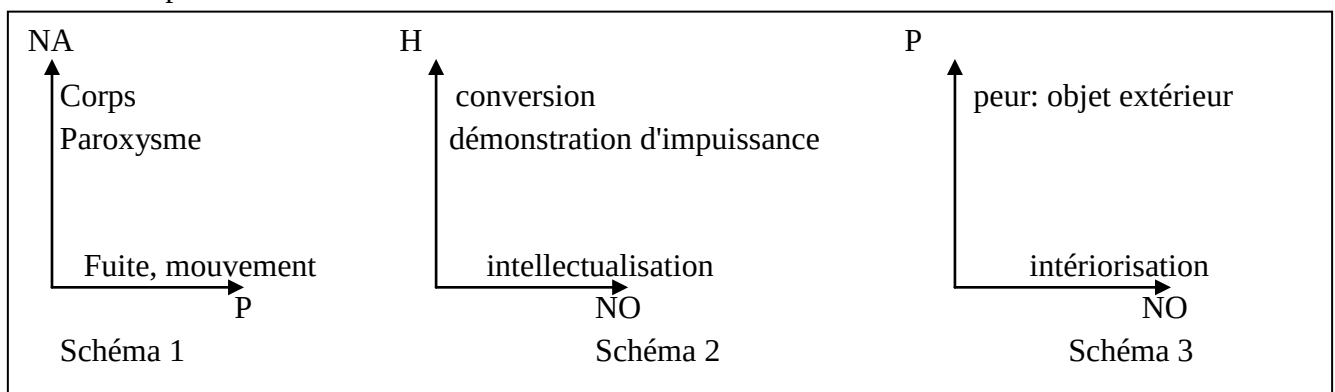
– Observations :

- Dans la névrose d'angoisse, se rapprochent l'atteinte somatique et les accès d'angoisse avec la correspondance du trouble électif de l'évitement par la fuite, le mouvement (évitement par déplacement moteur de son corps) qui prend la place du somatique dans la phobie. (schéma 1)

- Dans la conversion hystérique, il s'agit d'une démonstration d'impuissance par immaturité du moi par la frustration et la somatisation, avec la correspondance de la souffrance par la pensée, l'intellectualisation de l'obsessionnel. (schéma 2)
- Dans la phobie, nous trouvons la situation de danger qui est représentée par un objet extérieur, dont nous avons pour correspondance l'intériorisation chez l'obsessionnel par hostilité au surmoi. (schéma 3)
- ...

Nous recueillons ces observations dans ces schémas opératoires bi-actionnel:

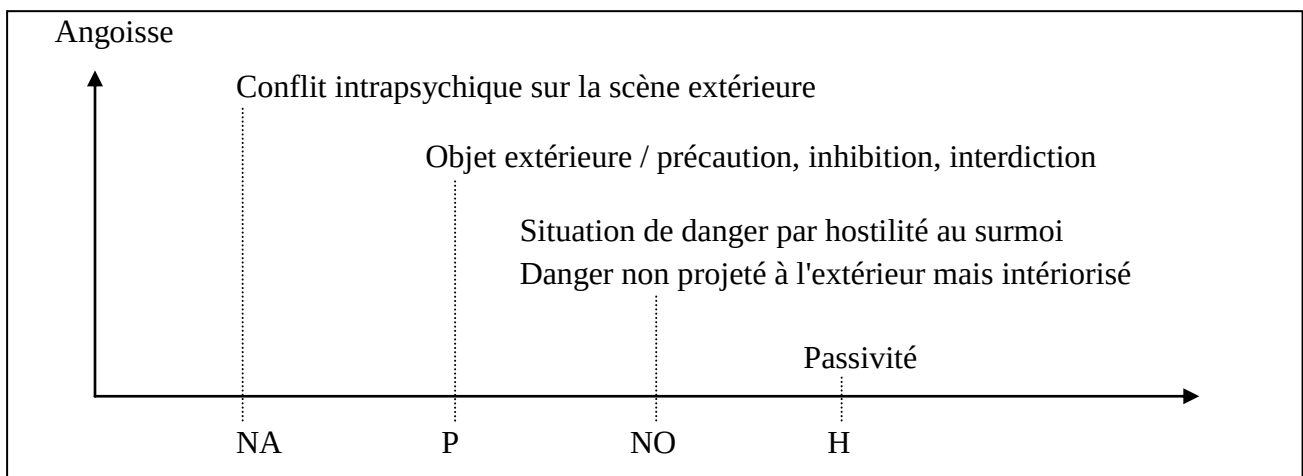
Schémas opératoires bi-actionnel: tableau 5



2. De même nous observons la présence de l'angoisse dans le trouble panique :

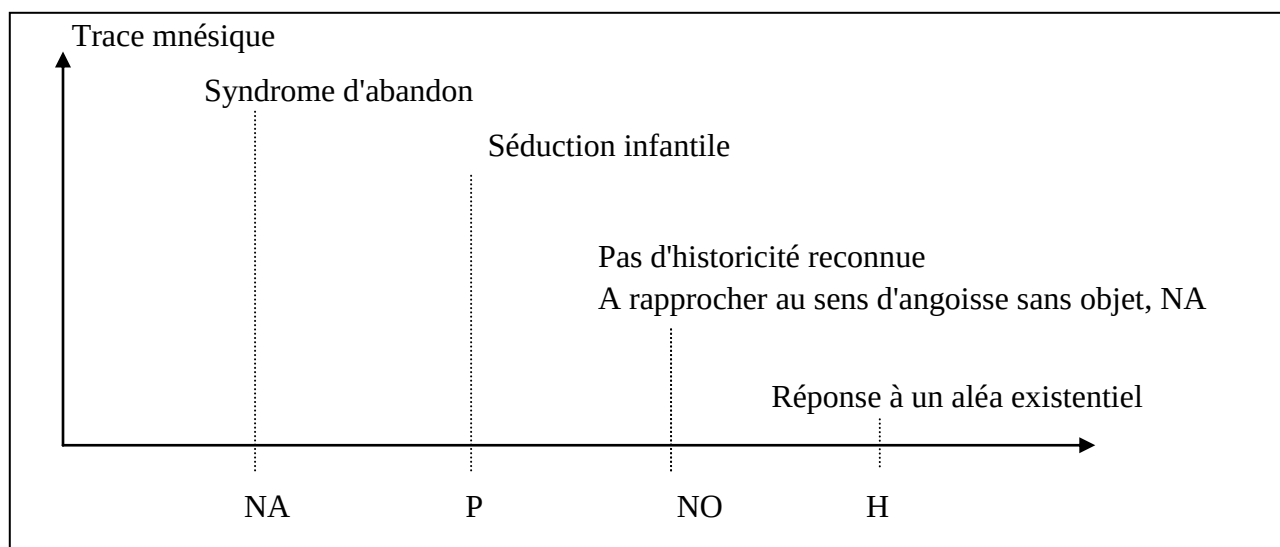
La présence de l'angoisse émergeant des conflits intrapsychiques dans la répartition des formes névrotiques mis en évidence dans le trouble panique.

La présence de l'angoisse dans la répartition des formes névrotiques: tableau 6



3. Ainsi, la trace mnésique dans le trouble panique peut-être représentée, de par les inclusions, comme suit:

La présence de la trace mnésique dans la répartition des formes névrotiques: tableau 7



Les incidences de ses combinaisons :

L'anxiété anticipatoire avec le sentiment de répétition inéluctable entretient la crainte d'un plus grand désarroi, toute amélioration est perçue comme impossible.

La rigidité d'un surmoi fort conduit au sentiment de culpabilité et apparaît dans le trouble panique comme le rempart vers ses désirs. Le sujet a conscience de son incapacité à agir et va utiliser des stratégies telles que des agitations improductives dans l'hyperactivité et une attitude de retrait par protection et sentiment de honte.

5. Conclusion :

L'étude a permis d'élargir le champ structurel de l'angoisse, les caractéristiques laissent émerger une possible évolution du trouble et, à travers elle, de l'angoisse vers son paroxysme.

Nous avons reconnu et constaté, d'une part:

- La présence chez ces patients d'un fond d'anxiété permanent, une anxiété latente, flottante qui correspond au TAG (trouble d'anxiété généralisée) décrit dans le DSM. Cependant, l'observation met en évidence l'association de l'anxiété généralisée au trouble panique: l'anxiété généralisée précède puis accompagne les attaques paniques.

D'autre part l'étude montre

- Des facteurs de vulnérabilité avec:
 - Une prédisposition biologique, héréditaire et familiale,

- Un déclencheur,
- Un environnement favorisant.

Et fait apparaître :

- Une personnalité anxieuse, une anxiété latente qui perdure et s'intensifie en attaque panique.
- La coexistence de l'anxiété généralisée et d'attaque panique dans un processus croissant en intensité et en nombre à laquelle s'ajoute l'omniprésence de l'angoisse anticipatoire qui altère les perceptions objectives.

En effet, le jugement, la critique, le raisonnement sont inhibés et ne laissent la place à aucun autre état affectif ; ils bouleversent les schémas d'actions élaborés. Par conséquent, ce comportement libère les automatismes archaïques de la cataplexie ou de la fuite affolée.

- Au processus d'angoisse panique correspond un renforcement continu d'état d'alerte. Le sujet est complètement submergé, désorganisé par un sentiment d'incertitude et les sensations de déréalisation, de dépersonnalisation de l'anxiété généralisée sont progressivement exacerbées.

Ainsi, ces facteurs de vulnérabilité engendrent un mode de défense intra psychique conduisant à un comportement d'hyper vigilance, de distorsion de la réalité (catastrophisme) et d'inhibition (retrait, fixité, évitement, dépendance).

Suite à cette recherche, reste la question : quelle est la possible spécificité d'un passage à l'acte conséquent d'un débordement d'angoisse?, car :

- De telles crises paroxystiques peuvent-elles conduire à des passages à l'acte agressifs?
- Les symptômes modifient la réalité extérieure et le rapport avec elle (Freud). Quel comportement peut inciter un sentiment de dépersonnalisation ou déréalisation?
- Un trouble panique non diagnostiqué comme tel, ou non pris en charge peut-il s'aggraver?

Partie I :

De l'angoisse à l'angoisse paroxystique

Chapitre 1: Le concept d'angoisse dans le champ analytique contemporain

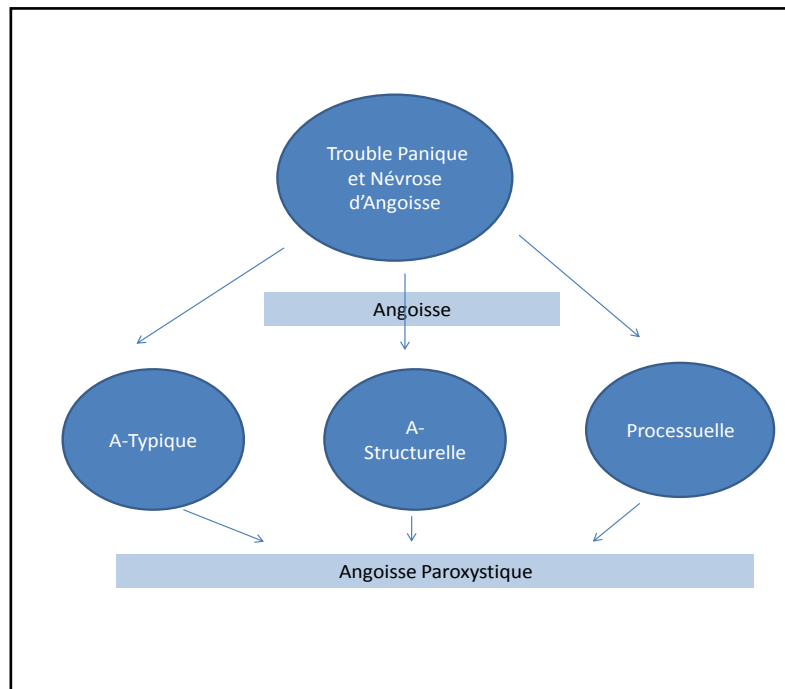
Chapitre 2: Le concept d'angoisse paroxystique

Chapitre 3: Conclusion partie 1

Il est important dans un premier temps d'expliquer le passage de l'angoisse à l'angoisse paroxystique et les raisons qui nous ont conduits à choisir la nomination d'«angoisse paroxystique ».

Il s'agit de l'association de la notion de « crise paroxystique » dans le trouble panique et des limites suggérées lors de la précédente recherche qui donne naissance au concept « d'angoisse paroxystique » :

Le passage de l'angoisse à l'angoisse paroxystique: tableau I,1



Nous allons donc brièvement définir les termes d'angoisse et de paroxysme avant d'approfondir notre thématique.

Ensuite, nous pourrions observer l'effet théorique sur le champ empirique.

1. Qu'est ce que l'angoisse?

En accord avec S. Freud, nous pouvons dire qu'elle est de l'ordre du vécu et sans objet. L'angoisse est assimilée à de l'énergie libre: une excitation pulsionnelle qui va tout mettre en œuvre pour se libérer, se décharger. L'idée de décharge met en évidence un mouvement sensori-moteur qui est perçu par le sujet dans son action et dans sa sensation corporelle: elle entre dans le registre plaisir/déplaisir.³⁵

- Les manifestations physiques de l'angoisse :

Les références lexicales rendent bien compte de l'aspect métaphorique, représentationnel de l'angoisse.

Le terme "angoisse" vient d'un mot latin "angustia" qui veut dire "passage étroit", "resserrement". Cela traduit le fait d'avoir la gorge serrée, de mal respirer. Pour cette raison, les crises d'asthme sont souvent le reflet de manifestations d'angoisse. De même que nous retrouvons l'angoisse à travers des manifestations cardiaques, vasculaires, céphaliques. Ces manifestations font que l'on perçoit l'expérience de manière déréelle.

- Les manifestations psychiques de l'angoisse :

L'angoisse est un affect, elle est liée à la pulsion. Elle a une fonction auto-conservatrice tant dans son aspect économique que par l'élaboration fantasmatique. L'angoisse est un processus de défense pour le moi face à l'afflux d'excitation pulsionnelle et face aux effractions externes.

- Classifications de l'angoisse selon les structures

Trois types d'angoisse sont différenciés qualitativement selon les trois structures pathologiques suivantes:

- Chez le névrosé, elle provient de la relation triangulaire et prend la signification d'angoisse de castration,
- Chez le sujet état limite, elle provient de la relation anaclitique et génère l'angoisse de perte
- Chez le psychotique, elle provient de l'angoisse de mort et est reconnue sous l'angoisse de morcellement.

³⁵ S. FREUD ; " *Inhibition, symptôme et angoisse* ", PUF, Paris, 1993, 2002, chap VIII et IX

2. **Définitions de paroxysme et paroxystique.**

Selon l'étymologie, le terme paroxystique vient du grec PAROXUSMOS: action d'exciter, de stimuler, irritation.

Les définitions du terme "paroxysme" dans « le grand dictionnaire Terminologique » et dans le « Trésor de la langue française » :

- La plus forte intensité d'un accès, d'une douleur, *de l'angoisse (rajouté par nous)*
- Moment le plus intense dans le déroulement de quelque chose.
- Dépassement de la mesure moyenne, des limites ordinaires.

En médecine :

- Le moment le plus aigu d'un mal ou d'un état morbide
- Le plus haut degré d'une sensation ou d'un symptôme
- Période où la maladie atteint le maximum d'acuité de ses symptômes.
- Moment où les symptômes d'une maladie ont leur plus haut degré d'intensité.
- Groupe d'ondes apparaissant et disparaissant de manière abrupte en se distinguant nettement de l'activité de base par leurs formes, fréquence ou amplitude.
- Phase d'une maladie, d'un état morbide pendant laquelle tous les symptômes se manifestent avec le maximum d'acuité.

En géologie :

- Période d'activité maximale dans la formation d'un édifice tectonique. Il est généralement caractérisé par un plissement des terrains suivi par une discordance³⁶.

Le paroxysme apparaît sous forme :

- D'accès, de crise, de redoublement, de poussée, d'attaque, de convulsion, d'exacerbation.

Paroxystique :

- Qui a atteint un degré extrême, voisin de l'excès.
- Qui survient par crises aiguës
- Qui se manifeste par des paroxysmes
- Qui contient le maximum d'intensité expressive.
- Qui a atteint un degré limite

³⁶ Souligné par nous

3. Pourquoi le concept d'angoisse paroxystique :

Dans l'angoisse paroxystique, le concept veut transmettre l'idée de mouvement atteignant les limites extrêmes. L'angoisse paroxystique impose l'idée d'excès, associant l'aspect quantitatif et qualitatif de la pulsion. L'« excès d'excitation pulsionnelle » caractérise à la fois l'action et l'état.

Le paroxysme évoque une montée progressive qui met en exergue l'idée d'une angoisse qui progresse et entraîne, dans son évolution des aménagements défensifs de plus en plus fermes et sclérosants. Elle se trouve renforcée par les instances du ça et du Surmoi et dirigée par la pulsion de mort.

Ainsi nous reconnaissons certaines caractéristiques dans l'angoisse paroxystique :

Dans :

- Son débordement pulsionnel,
- La déliaison,
- L'effroi,
- Le maximum d'intensité expressive.

Et ses rapprochements avec des notions de :

- Paroxysme de l'angoisse,
- Anxiété paroxystique,
- Etat paroxystique ou attaque.

Chapitre 1 :

Le concept d'angoisse dans la pensée psychanalytique contemporaine

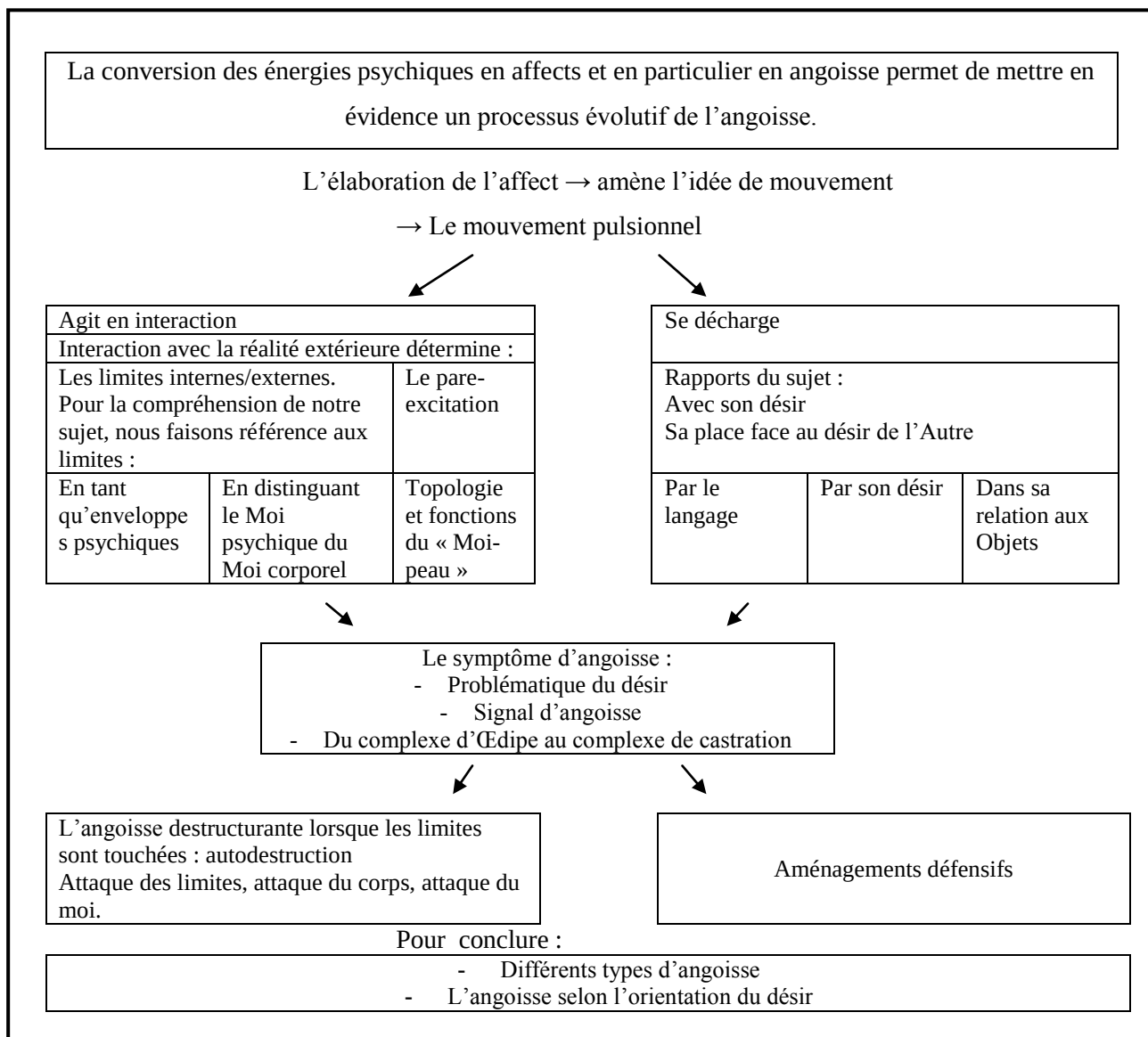
1. L'angoisse est un affect
2. Le mouvement pulsionnel
 - 2.1. Le mouvement en interaction avec la réalité extérieure
 - 2.1.1. La notion de limite : Moi corporel et Moi psychique
 - 2.1.2. Le pare excitation et les enveloppes psychiques
Didier ANZIEU et les enveloppes psychiques
La topologie du Moi-peau
Les fonctions du Moi-peau
 - 2.2. La décharge pulsionnelle
 - 2.2.1. Pulsion et langage
 - 2.2.2. Pulsion et désir
 - 2.2.3. La relation pulsionnelle et les objets
L'objet a
Les 5 formes stadiques de l'objet
3. Le symptôme d'angoisse
 - 3.1. La problématique du désir et signal d'angoisse
 - 3.2. Du complexe d'Œdipe au complexe de castration
 - 3.2.1. Complexe d'Œdipe
 - 3.2.2. Complexe de castration
 - 3.2.3. Le phallus
 - 3.2.4. Surmoi et castration
 - 3.3. Les aménagements défensifs
 - 3.3.1. L'angoisse de séparation, "le syndrome d'abandon"
 - 3.3.2. La trace psychique d'un trauma
4. Conclusion

Ce chapitre va permettre de comprendre comment, à partir du concept d'angoisse, nous pouvons établir notre concept d'angoisse paroxystique. Il ne s'agit pas d'étudier de manière approfondie le concept d'angoisse mais de proposer des axes provenant de positions théoriques différentes et qui ont servi de porte d'entrée pour l'angoisse paroxystique.

Les différents aspects du concept d'angoisse seront abordés pour rendre compte : 1 - De l'élaboration de l'angoisse, 2- De son mouvement, 3- De son sens : l'angoisse engage la rencontre avec l'autre et son rapport avec le désir. La décomposition de l'objet en objets partiels donne également du sens, 4- Du symptôme.

Chacun des points seront argumentés dans ce chapitre, nous insistons sur ce qui nous permet d'instruire le concept d'angoisse dans son versant processuelle.

Synopsis du chapitre 1 : tableau I,1-1



1. L'angoisse est un affect :

Il est convenu que l'angoisse est un affect et par conséquent, nous ne pouvons chercher à comprendre l'angoisse sans comprendre ce que sont et à quoi servent les affects.

S. Freud parle véritablement de l'affect dans « Inhibition, Symptôme et Angoisse » et distingue: la quantité mesurable d'affect, la variation de cette quantité d'affect, le mouvement lié à cette quantité d'affect et la décharge de cette quantité d'affect. De cette façon, l'affect détermine la pulsion et est lié à la décharge, il participe à un processus en acte, en mouvement. S. Freud utilise le terme de "motion" pour désigner la pulsion sous son aspect dynamique, sous entendant ce mouvement, cette mise en acte pulsionnel. L'affect émerge sous forme d'angoisse, de réactions somatiques.

« Lorsque le moi est obligé d'avouer sa faiblesse, il éclate en angoisse, angoisse de réel devant le monde extérieur, angoisse de morale devant le sur-moi, angoisse névrotique devant la force des passions dans le ça »³⁷.

André Green, en s'appuyant sur l'analyse des œuvres de S. Freud selon les topiques, va préciser la double nature de l'affect: selon le sens économique donné à l'affect et selon son sens qualitatif. Il va redonner un rôle central et majeur à l'affect dans le fonctionnement psychique. Pour lui l'affect est à la base des structures cliniques névrotiques, psychotiques et des états-limites. A. Green explicite l'angoisse en tant qu'affect. Il redonne au concept d'affect, non seulement une compréhension plus fine mais une place fondamentale dans l'organisation psychique. Il trace un schéma clair des interrelations psychiques de la globalité à la précision du concept. L'idée de mouvement, d'interaction deviennent dès lors tout à fait limpides. Nous pouvons retenir que dans son sens économique, l'affect est une quantité d'énergie déchargeable: une pulsion qui soumet le psychisme à une pression constante qui va élaborer une décharge dans le corporel. L'affect présente à l'esprit l'angoisse (objet abstrait, du signifié) au moyen parfois d'un autre objet (signifiant), un signe qui peut évoquer l'angoisse : la représentation, un substitut.

L'affect d'angoisse, en tant que quantité énergétique à la poursuite d'un moyen de décharge, génère l'attente anxieuse. Cette attente de fixation procure un état permanent, indéterminé, latent cherchant prise sur des représentations extérieures. L'angoisse, dans son accomplissement peut se transformer en signifiant, en signal. L'affect, alors, prend valeur de

³⁷ S. FREUD : "Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, XXXIème leçon" in Œuvres complètes, tome XIX, 1931-1936, PUF, paris, 1995, p 161, § 85

représentation. Le signal d'angoisse est un signal de déplaisir nécessairement externe. L'affect semble être dans ce cas une décharge motrice, déqualifiée, la moins élaborée qu'il soit.

Le lien aux représentations permet à cette énergie de se fixer sur des objets extérieurs, transforment l'angoisse en peur convoquant ainsi du signifiant (phobie). L'affect n'est reconnaissable que par les représentations qui sont associées.

Par conséquent, deux niveaux d'élaboration : sous forme d'affect ou de représentation.

J. Laplanche définit :

- D'une part, les représentations comme « tous les caractères d'une quantité, quelque chose qui est capable d'augmentation, de diminution, de déplacement, de décharge et qui s'étend sur les traces mnésiques des représentations, un peu comme une décharge électrique à la surface d'un corps »³⁸,
- D'autre part, l'affect comme une réaction émotionnelle ou sentiment. L'affect, une quantité, un quantum comme le signifié, un signifié, dont certain peut devenir lui-même signifiant, parvenir à une certaine représentation.

La représentation se développe vers le fantasme et l'affect s'en distingue dans son rapport à la sensibilité. Le 1^{er} organisateur est le fantasme originaire, il lie l'affect dans l'inconscient.

L'affect et la représentation sont liés au sein de la pulsion

2. Le mouvement pulsionnel

2.1 Mouvement en interaction avec la réalité extérieure

2.2 La décharge pulsionnelle

S. Freud, dans "Métopsychole" ³⁹, n'évoque plus seulement la pulsion par la représentation mais également par quelque chose d'autre qui « subit un destin du refoulement »,

« Un quantum d'affect est admis; il correspond à la pulsion, en tant qu'elle s'est détachée de la représentation et trouve une expression conforme à sa quantité dans des processus qui sont ressentis sous formes d'affects ».

Les énergies psychiques des pulsions sont converties en affects et tout particulièrement en angoisse. Son sens est déterminé par référence à la réalité extérieure.

³⁸ J. LAPLANCHE ; "Problématique 1 : l'angoisse", Editions quadrige, Paris, 1998, p 19

³⁹ S. FREUD ; "Métopsychole", Editions Gallimard, Paris, 1968, p54,55

« Le système nerveux réagit dans la névrose contre une source d'excitation interne comme il le fait dans l'affect correspondant contre une source externe analogue »⁴⁰.

La pulsion, en temps qu'énergie, force, progression, suggère un développement, un mouvement. Et, avec S. Freud, nous pouvons considérer que :

- La pulsion se place entre la psyché et le soma,
- Elle détermine une certaine « quantité constante » élaborée par un « travail psychique »
 - L'appareil psychique doit gérer la quantité d'énergie pulsionnelle pour maintenir l'homéostasie. La constance est réalisée par le mécanisme de décharge pulsionnelle.
 - L'appareil psychique produit des actions « intentionnelles » dont l'objectif est l'accomplissement du désir pulsionnel : atteindre la satisfaction du besoin. Lorsque le besoin n'est pas satisfait, l'appareil psychique tente de lutter contre la désorganisation du moi en liant l'énergie pulsionnelle. La pulsion est une « force en attente d'être comblée par la rencontre avec l'objet »⁴¹.
- Cette "quantité" pulsionnelle élaborée par le travail psychique est toujours inconsciente.

La définition de l'affect nous rend compréhensible les notions de liaison et de déliaison souvent empruntées en psychodynamique. La liaison est le mécanisme qui transforme l'énergie libre, "non liée", inconsciente – utilisant pour cela les formations de l'inconscient en condensation, déplacement, compromis – en une énergie liée préparant à la décharge qui peut être différée, contenue, limitée. Partant de l'inconscient, la liaison participe au passage du processus primaire comportant les représentations et affects inconscients, au processus secondaire, processus de la pensée, au conscient. Nous pouvons distinguer, avec Laplanche, des liaisons du processus primaire et des liaisons du Moi.

A. Green instaure un processus intermédiaire qu'il nomme processus tertiaire exprimant ce processus de liaison entre les processus inconscients et les processus conscients. Ils seraient l'aboutissement des relations représentations-affects qui s'interpellent mutuellement, tandis que la déliaison reflèterait la pulsion de destruction, en tant qu'elle déconstruit le travail de

⁴⁰ S. FREUD ; *"La première théorie des névroses"*, Quadrige PUF, Paris, 1995, 1997, p54, § 339

⁴¹ Didier HOUZEL ; *"le concept d'enveloppe psychique"*, in Press Editions, 2005, Paris, p25

liaison et en crée de nouvelles (élaborations fantasmatiques), il s'agit d'une énergie désorganisée du psychisme. « La déliaison de l'affect, avec ce qu'elle suppose de débordement de la psyché, constitue en elle-même l'angoisse »⁴², le processus de décharge apparaît comme « une libération brute d'énergie ».

Nous allons déterminer le mouvement pulsionnel selon deux axes qui nous pousseront à visiter deux courants théoriques distincts mais déterminant dans notre cheminement.

1- Le mouvement pulsionnel entre en interaction avec la réalité extérieure : nous allons nous intéresser aux limites internes/externes, limites illustrées par la métaphore du Moi-Peau par D. Anzieu, explicitant ainsi le rôle des enveloppes psychiques, les fonctions de pare-excitation et les conséquences de leurs carences pour le sujet.

2- Nous allons ensuite introduire le champ lacanien⁴³ en considérant la décharge pulsionnelle dans le rapport du sujet à l'altérité par le langage, le désir et les objets.

2.1. Le mouvement pulsionnel en interaction avec la réalité extérieure :

2.1.1 La notion de limite : Moi corporel et Moi psychique

2.1.2 Le pare-excitation et les enveloppes psychiques

Didier Anzieu par ses références à la métapsychologie et l'expérience analytique, nous éclaire sur le fonctionnement pulsionnel et précisément sur la présence de la pulsion de mort éveillant la pulsion d'autodestruction instaurée précocement par l'environnement du sujet.

D. Anzieu utilise la métaphore du Moi-Peau pour représenter les limites du dehors et dedans et les expressions sensorielles du Moi corporel. L'étude prend aisément référence dans les ouvrages de D. Anzieu tant il a l'intérêt d'assembler les concepts de différents champs cliniques. La lecture du "Moi-peau", fait référence, notamment, aux inscriptions des perceptions archaïques, à l'importance des liens archaïques, à l'auto-érotisme, au processus d'individuation et à la fonction contenante. Ces références sous-tendent notamment les concepts de M. Klein, D-W. Winnicott, E. Bick, R-W. Bion. Cette démarche nous oriente sur les incidences du narcissisme primaire dans le processus de l'angoisse.⁴⁴

⁴² S. FREUD ; " *Inhibition, symptôme et angoisse* ", PUF, Paris, 1993, 2002, préface VI.

⁴³ Comme nous l'avons précisé en introduction, nous abordons le champ lacanien en référence essentiellement au « livre X, séminaire Angoisse », pour ses références et critiques de « *Inhibition, symptôme, angoisse* » de S. Freud, dans sa mise en rapport, son illustration de l'angoisse avec le désir, de l'angoisse avec le langage et enfin pour ses différenciations du passage à l'acte avec l'acting-out.

⁴⁴ Partie II, chap 3

2.1.1. La notion de limite : Moi corporel et Moi psychique

D. Anzieu relie les représentations au corps, en ce sens que le sujet s'approprie la réalité extérieure à partir des sensations, des contacts corporels et de leurs retentissements internes. L'importance des contacts originaires entre la mère et l'enfant est soulignée. L'ancrage sensoriel permet la mémorisation sensorielle qui pourra être évoquée et décrite par la pensée, or penser est une action du Moi. C'est le point de départ du double interdit du toucher détenu par la pensée, établir des correspondances entre sensation introjectée, développée dans son pouvoir d'abstraction. Le double interdit du toucher indique la différenciation du Moi corporel d'avec le Moi psychique⁴⁵. L'interdit, résultant de tensions opposées, se construit à partir des pulsions. D. Anzieu se pose la question des effets des stimulations tactiles sur les différents modes d'organisation de l'économie psychique. L'interdit du toucher sera toujours pris en compte dans son rapport à l'interdit œdipien. D. Anzieu spécifie quatre dualités en annonçant au préalable que « tout interdit est par nature double »⁴⁶.

- Dualité pulsions sexuelles/pulsions agressives : action de contenir (retenir la poussée) et s'adapter.
- Double face : l'une, vers le dehors (interdit signifié par l'entourage pour garantir des dangers extérieurs, principe d'autoconservation), l'autre, vers la réalité interne (motions pulsionnelles). L'interdit intrapsychique s'établit sur les interdits signifiés par l'extérieur, nécessaire construction de l'interface entre le Moi et le Ça. L'interdit œdipien vient ensuite dresser l'interface entre le Moi et le Surmoi. « Tout interdit est une interface qui sépare deux régions de l'espace psychique dotées de qualités psychiques différentes ».
- Pour le 3^{ème} interdit D. Anzieu ajoute une autre spécificité dans l'organisation de l'interdit : « tout interdit se construit en deux temps » : – l'interdit primaire précède et prépare l'interdit œdipien. Deux dualité « emboîtées », l'une correspondant à l'interdit du toucher du 1^{er} contact ; de l'accolement, l'éloignement de la mère constituera le fantasme d'une peau commune, fantasme du retour au sein maternel et la proscription au fantasme de l'arrachement de la peau. Cet interdit s'oppose à la pulsion d'attachement. – L'interdit secondaire, sélectif, du toucher est manuel et subordonné au principe de réalité et répond aux règles morales et sociales. L'interdit secondaire

⁴⁵ D. ANZIEU: "Le Moi-Peau", DUNOD, Paris, 1985, 1995, p162

⁴⁶ Idem, p170

s'applique à la pulsion d'emprise et correspond au fantasme de châtiment de la main coupée, arrachée.

- Le 4^{ème} interdit engage les deux parties : l'émetteur et le destinataire. Il conditionne le passage vers l'interdit œdipien, cheminement de la réalité physique vers la réalité symbolique.

« L'interdit du toucher ne favorise la restructuration du Moi que si le Moi-peau a été suffisamment acquis »⁴⁷

Le double interdit du toucher, dans son rapport constant avec le principe de l'interdit œdipien, permet de rendre compte d'un mouvement : des voies de passage à des niveaux d'abstraction différents, des passages entre les instances du Moi, du Ça et du Surmoi qui sont considérés tant par leurs fonctions que par leurs contenus (« contenus de pensées »), de la référence sensorielle à la référence symbolique et fantasmatique.

De l'originnaire au symbolisme, le Moi-peau figure l'interdépendance entre le dedans et le dehors. Le Moi-Peau corporel ne contient pas seulement les contenus psychiques tel « un sac », mais il est le lieu d'échange, préserve le lien, comme le Moi conscient il est le lieu d'élaboration psychique et met en place des aménagements défensifs.

Un équilibre entre le moi corporel et le moi psychique est nécessaire, sans quoi une perturbation émerge. Plus le moi se positionne vers les limites de l'enveloppe corporelle et plus le moi quitte le psychisme. Le sujet se déconstruit, perd la temporalité, la permanence, il s'agit ici de pathologie grave.

« A la carence de cette fonction conteneur du Moi-Peau répondent deux formes d'angoisse. L'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, éparse, non localisable, non identifiable, non apaisable, traduit une topographie psychique constituée d'un noyau sans écorce ; l'individu cherche une écorce substitutive dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique. (...) . Dans le second cas, l'enveloppe existe, mais sa continuité est interrompue par des trous. C'est un Moi-peau passoire (...). L'angoisse est considérable d'avoir un intérieur qui se vide, tout particulièrement de l'agressivité nécessaire à toute affirmation de soi. »⁴⁸

Le processus que laisse émerger le mouvement pulsionnel tel que le définit D. Anzieu corrobore l'idée d'une angoisse spécifique entraînant des pathologies désorganisantes.

⁴⁷ Idem, p175

⁴⁸ Idem, p125

2.1.2. Le pare-excitation et les enveloppes psychiques

L'appareil psychique se préserve des excitations pulsionnelles internes trop intenses grâce au mécanisme de décharge afin d'éviter le déclenchement de traumatisme. Et le pare-excitation, sur la face externe de l'appareil perceptif, protège l'excès d'excitation provenant de la réalité extérieure. L'appareil perceptif est donc muni d'une face interne et d'une face externe et est symbolisé par la métaphore de l'enveloppe psychique qui délimite l'intérieur de l'extérieur et contient l'excitation pulsionnelle par les barrières de contact – la défaillance est ressentie comme une effraction du pare-excitation–. Les barrières de contacts font parti d'un mécanisme appartenant à la réalité psychique et régulant la quantité d'excitation, elles ont la spécificité de contenir une mémoire : dans la relation contenant-contenu (R-W. Bion), il s'agit des inscriptions des éprouvés psychiques et le passage qui est réalisé est ancré et peut faire référence au « Moi passoire ». L'étyage est significatif des pulsions d'autoconservation.

Didier ANZIEU et les enveloppes psychiques

Le passage de la notion de limites aux enveloppes psychiques, nous permettra d'engager nos observations vers le narcissisme et la pulsion d'emprise⁴⁹ et concevoir des prédispositions autodestructrices pouvant conduire à l'anéantissement du sujet.

Didier Anzieu a poursuivi l'investigation de S. Freud jusqu'à :

- Amener une perspective plus strictement topographique en décomposant le Moi en un Moi corporel et un Moi psychique,
- Elargir « l'étude des fantasmes relatifs aux contenus psychiques par celle des fantasmes concernant les contenants psychiques »⁵⁰,
- Approfondir la compréhension du stade oral en insistant sur le rôle fondamental du contact primaire mère-enfant,
- Evoquer un double interdit du toucher,
- Prendre en compte la corporalité du sujet dans le cadre psychanalytique,
- Prendre en considération la pulsion d'attachement ou d'agrippement comme pulsion d'autoconservation.

⁴⁹ Partie II, chapitre 3

⁵⁰ D.ANZIEU: "*Le Moi-Peau*", DUNOD, 1985, Paris, 1995, p 33

Didier Anzieu affine nos interrogations sur l'approche processuelle de l'angoisse : une souffrance psychique, qui, dans son évolution, met le sujet dans une disposition d'autodestruction mortifère.

« La peau, le Moi, le penser, ont des fonctions identiques à des niveaux d'abstraction et de symbolisation différents » (Evelyne Séchaud⁵¹). La peau « contient » l'intrapsychique et maintient les traces sensorielles et mnésiques, elle est une surface séparatrice entre le dedans et le dehors – interface entre réalité interne et réalité externe – et permet l'échange avec l'extérieur : penser, communiquer, sentir et ressentir.

La topologie du Moi-Peau

La définition de D. Anzieu :

« la 1^{ère} différenciation du Moi au sein de l'appareil psychique s'étaie sur la sensation de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci : c'est ce que je propose d'appeler le Moi-Peau ».

Le Moi-Peau s'inscrit dans le processus d'étayage au sens de Laplanche : « Le Moi-Peau permet de penser les limites intrapsychiques et intersubjectives. » (Evelyne Séchaud)

Le trait d'union entre Moi et Peau détermine les liens, des liens particuliers puisqu'ils sont réflexifs comme l'effet "d'une ellipse".

Les fonctions tactiles de la peau élaborent un travail métaphorique. La métaphore du Moi-Peau facilite les liens entre les limites par la transmission du corps (en lien avec la réalité extérieure) et l'intrapsychique. Elle permet d'élargir le champ du registre langagier. La métaphore convoque également le fantasme situé entre le perceptif et la représentation consciente et inconsciente.

Les enveloppes psychiques sont constituées :

- D'une enveloppe « tournée vers le monde extérieur » qui protège de l'excès de stimulations extérieures par sa fonction de pare-excitation.
- D'une enveloppe interne à fonction réceptrice qui permet l'inscription de traces des messages externes.

Ces enveloppes servent d'interface, séparant les mondes extérieur et intérieur et permettant leurs relations.

⁵¹ Intervention Colloque consacré à D. Anzieu, le 27 janv 2007 à Paris. (Acte du colloque, le "carnet psy, n°117, mai 2007 et n°118, juin 07)

Les fonctions du Moi-peau

Les fonctions du Moi-Peau sont intéressantes pour l'analyse des différents types d'angoisse. Les 9 fonctions du Moi-peau ont pour but de mettre en rapport les fonctions de la peau avec celles du Moi et argumente

« Les types d'angoisse liés à la pathologie de cette fonction, et les figurations du trouble du Moi-peau que la clinique nous en apporte »⁵².

- 1- **Fonction de maintenance** du psychisme (et la peau de soutien du squelette et des muscles) qui se développe par l'intériorisation du *holding* maternel (D-W. Winnicott), qui correspond à l'assimilation de l'identification primaire à un objet support qui le maintient fortement. Cette identification définit la pulsion d'agrippement ou d'attachement (pulsion non sexuelle, non libidinale). Le vide intérieur en représente son absence. C'est ce qui permet au Moi de mettre en place les aménagements défensifs les plus archaïques telles que le clivage et l'identification projective.
- 2- A la peau qui recouvre la surface entière du corps et dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes répond la **fonction contenante** du Moi-peau. Fonction exercée par le *handling* maternel (D-W. Winnicott), réponses aux besoins et aux soins du bébé. La peau enveloppe tout le corps et le moi-peau enveloppe tout l'appareil psychique composé d'une écorce et du Ça pulsionnel comme noyau : composition formant le sentiment de la continuité du Soi. La carence de cette fonction renvoie à 2 formes d'angoisse : 1- L'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse – un noyau sans écorce. 2- L'angoisse d'un Moi-peau « passoire » – trous psychiques – .
- 3- La peau protège l'organisme des agressions physiques et de l'excès de stimulation et le Moi-peau a une **fonction de pare-excitation**, il défend le psychisme d'un excès d'excitation pulsionnelle. Le Moi-peau s'actualise au cours de la relation entre le nourrisson et l'environnement primaire, le Moi en croissance trouve sur sa peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction. Les excès et les déficits du pare-excitation constituent : 1- L'angoisse de la perte de l'objet remplissant le rôle de pare-excitation auxiliaire est maximisée par un excès de soins qui n'a pas favorisé un bon auto-étayage. 2- L'angoisse paranoïde d'intrusion psychique conséquence d'une carence de protection primaire.

⁵² D.ANZIEU: "Le Moi-Peau", DUNOD, 1985, Paris, 1995, p121-129

- 4- La peau inscrit la différenciation entre soi et le monde extérieur, le Moi-peau a pour **fonction l'individuation du soi** qui génère le sentiment d'être un être unique. L'angoisse définie par S. Freud en 1919 dans « l'inquiétante étrangeté » est liée à une menace visant l'individualité du soi par affaiblissement du sentiment de frontière de celui-ci. Dans la schizophrénie, la réalité extérieure est vécue comme dangereuse et la perte du sens de la réalité institue un moyen de défense contre la perte du sentiment d'unicité de Soi.
- 5- La peau est une surface porteuse de poches, de cavités où sont logés les organes de sens. Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originnaire qu'est l'enveloppe tactile : c'est la **fonction d'intersensorialité** du Moi-peau qui aboutit à la constitution d'un « sens commun ». Sa carence renvoie à l'angoisse de morcellement du corps par manque de symbolisation corporelle.
- 6- La peau du bébé fait l'objet d'un investissement libidinal de la mère, les soins prodigués préparent à l'auto-érotisme et aux plaisirs de la peau qui fourniront les bases des plaisirs sexuels. Le Moi-peau remplit **la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle** : reconnaissance des zones érogènes et différenciation des sexes. La faiblesse de cette fonction transforme l'enveloppe d'excitation érogène en enveloppe d'angoisse aux conséquences multiples.
- 7- La peau est stimulée en permanence au niveau du tonus sensori-moteur par les excitations externes et renvoie au Moi-peau **la fonction de recharge libidinale** du fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique interne et de la répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques. Un dysfonctionnement de cette fonction produit 2 types d'angoisse antagonistes : 1- L'angoisse de l'explosion de l'appareil psychique sous l'effet de la surcharge d'excitation. 2- L'angoisse du Nirvâna – réduction des tensions à zéro: néantisation –, son contraire.
- 8- La peau, avec les organes des sens tactiles envoie des informations sur le monde extérieur et le Moi-peau inscrit, enregistre ces informations depuis le registre originnaire : le Moi-peau remplit la **fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles**, fondées à la fois sur le biologique et le social. Deux types d'angoisse y sont relatifs : 1- L'angoisse d'inscriptions ineffaçables provenant du Surmoi (rougeur, eczéma, ...), ou, 2- L'angoisse inversée du danger d'effacement des inscriptions sous l'effet de leur surcharge.

Toutes les fonctions répondent au principe de plaisir de la pulsion d'attachement à la pulsion libidinale. La pulsion d'attachement, pulsion primaire non sexuelle permet l'intégration du moi et constitue la base de l'excitation sexuelle. Elle est bâtie sur la stimulation et le lien extérieur apporté par la mère. Elle participe à l'installation des 1ers conflits psychiques fondamentaux. «... les scènes originaires d'affects retranscrivent les 1ères rencontres du bébé avec le monde » et participent « à la scénarisation des fantasmes originaires » (D. Cupa, 2007). L'étude sur les théories de la fonction contenante est analysée comme constituant la base du travail sur l'archaïque, l'inscription primitive des sensations et des traumatismes.

D. Anzieu fait ensuite l'hypothèse d'une fonction négative, – 9^{ème} fonction – **une fonction d'autodestruction, d'attaque des liens** qui dépendrait, quant à elle « d'une activité négative du Moi-peau au service de Thanatos, et visant à *l'autodestruction* de la peau et du Moi »⁵³. Il fait alors référence aux phénomènes auto-immuns constatés après des rejets de greffon postopératoire. Il fait le parallèle entre ces réactions et les réactions défensives de retournement sur soi de la pulsion. Ces attaques inconscientes contre le contenant psychique sont considérées comme « une activité *toxique* du Moi-peau ». La négativité se présente au service de la pulsion de mort et vise l'autodestruction de la peau et du Moi. La pulsion d'attachement au négatif s'oppose à la pulsion d'autoconservation. Ses effets se rencontrent dans les inscriptions négatives des traces sensorielles tactiles – les symptômes psychosomatiques-, le mode de défense intrapsychique est l'effacement, et l'auto-effacement peut conduire jusqu'aux tendances suicidaires. La recherche d'amour est remplacée par de la haine et de la violence. La non existence de l'objet maternel évoque « l'hallucination au négatif » de Green.

La fonction négative du Moi-peau révèle l'effet d'un mouvement processuel mortifère que nous supposons sous-tendu à l'angoisse paroxystique.

Les inscriptions sensorielles archaïques de la période pré-langagière organisent « le pensé, le parlé et l'éprouvé » grâce aux objets signifiants formels.

Les représentations peuvent se présenter autrement que par le langage tel que les objets signifiants formels. Ces objets ont une fonction organisatrice sur le psychisme en ce sens qu'ils permettent de lier ce qui est pensé, parlé et éprouvé. D. Anzieu complète la distinction freudienne des représentants de choses et de mots par les représentants de formes : les

⁵³ D.ANZIEU: "*Le Moi-Peau*", DUNOD, Paris, 1995, p129

signifiants formels. L'échange langagier est avant tout construit à partir du langage corporel. Les signifiants formels sont des signifiants archaïques, des images tactiles, posturales, d'équilibration... construits à partir du registre de l'originare et jouent un rôle dans la réalisation des enveloppes psychiques. Ils se différencient des fantasmes qui sont des « mises en scène » essentiellement imagées et sonores (langagier). Provenant des 1ères expériences du bébé, les signifiants formels sont en lien direct avec la pulsion d'attachement et prolongent l'impact de l'originare. Les traumatismes psychiques tels que "l'objet perdu" et "l'expérience du néant" sont refoulés au niveau des perceptions originaires pré-langagières, au niveau des signifiants formels. L'expérience du néant correspond à l'expérience du réel de la mort : expérience sans mot, sans représentation, qui ne peut se rattacher à rien. L'inscription au niveau des signifiants formels autorise leurs accès en tant que réminiscence – accord contribuant au processus de liaison –, mais également installe une menace interne qui fait "retour par répétition".

Pour B. Golse⁵⁴, le rêve peut être conçu comme un travail quotidien de primarisation des processus originaires. Le rêve a un rôle de pare-excitation « qui met sur le même plan les stimuli externes et les poussées pulsionnelles internes en aplanissant leurs différences (ce n'est donc pas une interface apte à séparer, comme le fait le Moi-peau, le dedans et le dehors) »⁵⁵. Le rêve active la fonction de « surface sensible et d'enregistrement de traces et d'inscriptions » du Moi-peau. Le rêve tente de réparer le Moi-peau par son symbolisme des forces et des instances psychiques en conflit. – S. Freud définit le rêve comme une activité inconsciente qui associe à des représentants de chose et à des affects, des motions pulsionnelles qu'elle rend ainsi représentables. Mais pour cela le travail du rêve doit passer deux censures : celle entre l'inconscient et le préconscient, puis entre le préconscient et la conscience. Le rêve réalise les désirs du Ça et réalise les exigences du Surmoi –⁵⁶

⁵⁴ B. GOLSE, lors de son intervention au colloque consacré à D. Anzieu, le 27 janv 2007, à Paris. (Acte du colloque, le "carnet psy, n°117, mai 2007)

⁵⁵ D.ANZIEU: *"Le Moi-Peau"*, DUNOD, Paris, p 237

⁵⁶ Idem, p 238-239

2.2. La décharge pulsionnelle

2.2.1 Pulsion et langage

2.2.2 Pulsion et désir

2.2.3 La relation pulsionnelle et les objets

Les liens qui nous permettent d'introduire J. Lacan tout en restant dans la continuité de notre champ d'investigation:

La pulsion : concept limite entre le psychique et le somatique :

Jacques Lacan, en se référant à S. Freud (« Inhibition, symptôme et angoisse »), avance qu'il faut considérer que la pulsion, concept limite entre le psychique et le somatique, est ce qui, du somatique, va devoir être représenté dans le psychique. C'est la fonction, chez S. Freud, du « représentant représentation » qui équivaut à l'inscription phallique de la jouissance chez J. Lacan. L'angoisse, dans sa position médiane entre jouissance et désir, transforme la jouissance en « objet cause du désir ».

La pulsion et le monde extérieur:

Les concepts du réel et de la jouissance, chez J. Lacan, ont des liens étroits: la jouissance organise le réel. Et le phallus imaginaire a pour fonction d'indiquer la place du manque dans l'imaginaire spéculaire par la libido qui fait « reste ». Le monde extérieur révèle les substitutions successives des désirs pulsionnels enfouis dans les noyaux refoulés. Ainsi la perception d'un facteur extérieur, en relation avec ce qu'il dévoile de l'inconscient, devient la cause du déclenchement de l'angoisse. Là encore le sujet doit élaborer un symptôme pour suppléer aux "revendications" du monde extérieur. Le sujet essaie de rendre conforme les exigences des instances intrapsychiques au monde extérieur. D'une soumission interne, le sujet devient soumis au monde extérieur. L'angoisse, c'est le Moi face au conflit conscient inconscient, dans une impossible rencontre (cela fait référence à la notion du "Tore" exprimé par J. Lacan dans son séminaire "Angoisse"⁵⁷). Le Moi est le lieu de l'angoisse mais provient du ça.

Le concept de limite:

J. Lacan a repris la métaphore du moi clivé entre un intérieur (le corps) et un extérieur (les objets) pour le situer cette fois par rapport au miroir plan symbolique A. A l'aide du schéma optique J. Lacan précise la notion de signal d'angoisse introduite par S. Freud dans sa conception de l'angoisse. Le schéma optique permet à J. Lacan d'explicitier le lien entre

⁵⁷ Cf p 75

l'angoisse et le Moi tel qu'il est développé par S. Freud et de poursuivre vers l'émergence de deux mouvements: l'angoisse comme signal dans le Moi et, l'angoisse confrontée au réel. Un 1^{er} mouvement apparaît de l'objet à l'angoisse: le miroir est modifié en schéma optique, l'imaginaire est perturbé par les apparitions (dimension de l'étrange) – fonction perturbatrice de l'objet ayant fait infraction –. Et le second mouvement de l'angoisse à l'objet, c'est l'angoisse qui produit l'objet, c'est le mouvement qui permet les séparations en objets partiels. S. Freud fait entrer le corps dans la formation du Moi et pour J. Lacan, le corps apparaît dans le rapport de l'objet partiel et du désir. Ce mouvement fait intervenir le concept de limite. Ce mouvement rend sensible les séparations anatomiques de l'objet qu'il nomme "séparation": partition à l'intérieur qui concerne le sujet de l'organisme.

2.2.1. Pulsion et langage :

Du langage corporel au langage verbal : l'aspect qualitatif, subjectif de l'affect va donner du sens à l'altérité.

L'altérité peut être considérée à partir de l'effet de la captation par l'imaginaire exprimé par J. Lacan au travers le stade du miroir. (L'image spéculaire servira par ailleurs d'appui à A. Green pour éclairer sa construction sur l'hallucination négative). En effet l'image que renvoie le miroir place le sujet dans son altérité, se découvrant lui-même comme Autre⁵⁸, il parle alors à sa conscience par l'intermédiaire de cet Autre: "tu es beau, il m'agace, je suis...".

Le langage rend conscient le processus de pensée: « l'inconscient est structuré comme un langage » dira J. Lacan et transforme les pensées en perception⁵⁹. Le langage nuance nos constructions intellectuelles en même temps qu'il les affine. L'affect va se décharger en paroles, l'analyse va mettre en lien la représentation avec

« Une sorte d'écoulement du surplus de l'affect, et qu'au lieu de se coincer sous la forme d'une innervation hystérique dans le corps, par la production d'une

⁵⁸ Ce que nous avançons pour déterminer dans notre étude l'écriture spécifique de l'Autre sous le terme de grand Autre, Caroline Doucet l'a avancé également dans ses propos: « nous écrivons A avec un grand A majuscule pour signifier qu'il s'agit du lieu incarné ou figuré par un autre, dans le réseau signifiant, et pour le distinguer des autres multiples auquel le sujet a affaire ». (C. DOUCET: "*la psychosomatique: théorie et clinique*", Armand Collin/HER, Paris, 2000, p70)

⁵⁹ Comme A. Green, nous regrettons que la conception lacanienne se limite à la relation du sujet à la chaîne signifiante, aux représentations de la pulsion (inconsciente) et à la représentation sans tenir compte des autres représentations (de choses) et leurs investissements énergétiques (négligent la charge de l'affect). De fait, l'affect est relégué au second plan par J. Lacan qui privilégie la parole et le langage en psychanalyse: acte et décharge par les mots dans la cure.

représentation symbolique, l'affect va redescendre à un seuil tolérable » (Pierre Henri Castel⁶⁰).

Dans le discours, au sens freudien du terme – discours qui vaut également de décharge – l'affect et la représentation sont pris en compte, la remémorisation s'accompagne de l'affect vécu, de même que cet affect la nuance et la complète: élabore du sens (mimiques, intonation, regard...). L'affect comme la pulsion ont une fonction mnésique.

La pulsion de destruction désintriquée lors de la déconstruction (processus de déliaison) détruit les mécanismes de la chaîne signifiante au delà du principe de plaisir.

Le rôle fondamental du langage dans l'élaboration mentale et dans son rapport à l'angoisse devient "signifiant" lorsque nous abordons la division subjective de J. Lacan: la pulsion divise le sujet et le désir, c'est à dire le corps et la parole⁶¹.

Dans son séminaire sur l'angoisse, J. Lacan s'intéresse aux rapports qu'entretiennent la jouissance, le désir et l'angoisse. J. Lacan préfère le concept de jouissance aux déterminants pulsionnels freudiens: représentation et quantum d'affect. L'angoisse transforme la jouissance en objet du désir: « Seule l'angoisse transforme la jouissance en objet-cause du désir ». L'articulation de l'angoisse à celui du désir fait intervenir l'objet « cause du désir ». L'objet primordial a) vise l'objet partiel: l'objet mis en scène dans le lien amoureux. Le passage de la jouissance au désir passe par l'angoisse⁶². Dans l'acte, il y a un dépassement de l'angoisse.

⁶⁰ In "le sujet et son acte n°5" Pierre Henri CASTEL, membre de l'Association lacanienne internationale et chargé de recherches au CNRS (CNRS-INSERM-Université Paris Descartes).

⁶¹ La division subjective: l'angoisse et avec elle le passage à l'acte est un effet et une conséquence de l'opération de subjectivation elle-même. Lacan présente l'opération de subjectivation: l'avènement d'un sujet « S barré » à partir du monde du langage comme pouvant être représenté par une division où un sujet virtuel S divise un dividende pour donner en un reste un S barré. Dans la suite de l'opération \$ lui-même divisé par A donnant l'objet a. Ces deux termes du \$ et de l'objet a étant liés dans la formule du fantasme (\$ ◇ a). Ce qui cause cette opération de subjectivation donne ainsi son statut à l'angoisse et installe le sujet et l'objet dans une relation particulière avec le fantasme. Ainsi sujet, objet, angoisse sont liés dans le graphe du désir.

⁶² Le séminaire, « livre X » introduit l'amour entre jouissance et désir.

Ce schéma montre que l'opération de division du sujet coïncide avec le processus de la constitution du désir. Ce processus compte trois temps logiques qui sont représentés par les trois étages distincts.

Dans la division signifiante, suivant l'axe progressif, le 3^{ème} schéma de la division:

A / S → L'abord de l'Autre, le sujet se réalise par l'Autre

a / A → Apparition de la fonction (a). Confrontation à l'Autre, attente de l'Autre

S → La chute de l'opération subjective, le \$: le reste en tant qu'impliqué dans le fantasme. Dans le désir, la recherche n'est plus l'Autre mais ce reste a.

Le passage de la jouissance au désir passe par l'angoisse. Dans l'acte, il y a un dépassement de l'angoisse. L'angoisse est provoquée par la mise hors jeu de l'instrument de jouissance. L'orgasme est la satisfaction de la certitude liée à l'angoisse, car l'orgasme, de toutes les angoisses, est la seule qui s'achève réellement. A, l'inconscient, c'est le discours de l'Autre, et (a), le reste réel toujours chuté. L'opération de la division du sujet ne tombe pas juste. Il y a un reste: a) qui est le reste irréductible dans cette opération de l'avènement du sujet au lieu de l'Autre. Ce reste, en tant qu'il est la chute de l'opération de la division du sujet, nous y reconnaissons structurellement « l'objet perdu », c'est ce reste qui relance inlassablement le désir. Le a) prend la signification « d'objet cause de désir », il vient préciser le caractère spécifique de l'objet de la pulsion.

2.2.2. Pulsion et désir :

L'homme est soumis au regard de l'Autre et en fonction de son positionnement, l'Autre va contribuer à l'émergence d'aménagements défensifs, à contraindre le sujet ou le provoquer, à s'assujettir au désir de l'Autre. Les rapports de la pulsion au désir, du narcissisme primaire à la dépendance affective de l'adulte, vont traduire qualitativement l'angoisse. Pour A. Green le rapport entre pulsion et désir évoque l'aspect qualifiant de la symbolisation. Le désir, formé dans l'inconscient, est élaboré à partir de représentations refoulées et détient sa polarité symbolique de son fondement sur les processus de condensation et de déplacement. La polarité de la pulsion est économique, elle détient une force motrice, énergétique, a un caractère impulsif. Seuls ses objets contiennent une certaine représentation. La pulsion se réfère au Ça dans la mesure où celui-ci est "réservoir d'énergie".

L'angoisse et le désir de l'Autre

- La jouissance : voie de passage du désir

Le désir ne peut donc naître que dans la relation à l'Autre et l'angoisse est une manifestation spécifique du désir de l'Autre.

« Il nous faut concevoir la jouissance comme profondément indépendante de l'articulation du désir(...). Le désir, en effet, se constitue en deçà de la zone qui sépare jouissance et désir, et qui est la faille où se produit l'angoisse »⁶³.

Ainsi ce "trou" que constitue la jouissance est une voie de passage du désir, qui permet d'approcher la jouissance sans jamais l'atteindre et qui est soutenu par le fantasme, garant de l'objet. Le désir ne se satisfait d'aucun objet dans la réalité. Selon J. Lacan, le désir est toujours désir de reconnaissance. C'est cette aliénation primordiale du sujet à la chaîne des signifiants qui amène une division subjective, un « manque à être » qui peut laisser naître le désir.⁶⁴

La jouissance sexuelle ou phallique est de l'ordre d'un leurre, d'un "bout de jouissance": la sexualité est toujours d'une certaine manière un acte manqué. Le désir est illusoire parce qu'il s'adresse toujours ailleurs, à un reste, un reste constitué par cette relation du sujet à l'Autre qui vient s'y substituer. Entre désir et jouissance se place la voie de l'angoisse et de l'amour, ce dernier en tant qu'il apparaît comme un leurre, comme tromperie en s'enracinant dans le narcissisme. Ce sur quoi, J. Lacan précise : l'angoisse est ce qui ne trompe pas. En plaçant l'angoisse comme point d'orgasme, il donne à voir une certaine association entre l'érogénité et l'angoisse.

⁶³ J. LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, p 213

⁶⁴ Le graphe du désir montre la relation du sujet au fantasme, au S (A) situe le processus d'identification symbolique (dite par Lacan, identification au trait unaire, seconde identification de Freud). Comparativement se situe la relation du désir à la Demande (dans le prolongement en fait de la relation de A au désir d), dont Lacan a fourni une image topologique sous la forme de l'enlacement de 2 tores.

- L'objet primordial

Le nourrisson est soumis aux signifiants de l'Autre, le sens donné dans la réponse à la demande va conditionner son désir : il ne peut élaborer son désir que dans un certain rapport avec le désir de l'Autre. Il n'existe aucun Autre pour faire reconnaître au sujet la dimension de son propre désir. En effet, l'Autre est manquant d'un signifiant, justement celui qui permettrait de révéler au sujet ce qu'il en est de son désir. Ce désir naît de la perte d'un objet qui rendrait possible la satisfaction absolue du besoin. Cet objet à tout jamais perdu pour chacun d'entre nous : c'est objet a.

- La relation à l'Autre

Le désir est captivé par l'objet mais "l'objet visé n'est qu'un leurre", le désir est toujours contenu dans la relation à l'Autre. L'objet a est « l'objet cause du désir ». C'est le retour du regard de l'Autre qui introduit la notion de cause, lorsque cet extérieur fait retour par l'intériorisation, le sujet se saisit dans sa forme spéculaire. Le névrosé suit le chemin exemplaire de la véritable nature du désir.

« Le névrosé nous montre en effet qu'il a besoin de passer par l'institution de la loi elle-même, pour soutenir son désir »⁶⁵.

Pour les sujets névrosés, cela est particulièrement douloureux, ils tentent donc de parer à la castration pour y échapper – ce qui est bien sûr impossible. La névrose peut-être repérée par les symptômes dont elle est à l'origine. Les différentes névroses peuvent être identifiées en fonction du rapport du sujet au désir.

- Le sujet obsessionnel : en s'empêchant de désirer,
- Le phobique : en maintenant son désir prévenu,
- L'hystérique : sa problématique est celle de l'avoir, l'hystérique est tout entier au niveau de l'Autre (Identification hystérique).

L'effort du sujet névrosé se résout dans la construction de son fantasme à l'image d'un rempart contre la castration car « il se figure que l'Autre demande sa castration ».

Dans le chapitre XI du séminaire "Angoisse", sur les ponctuations du désir, J. Lacan désigne le désir comme la loi :

« (...) la substance de la loi, c'est le désir pour la mère, et qu'inversement, ce qui normative le désir lui-même, ce qui le situe comme désir, c'est la loi dite de l'interdiction de l'inceste »⁶⁶.

⁶⁵ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, p 177

⁶⁶ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, p 176

L'angoisse nous amène au mythe de la loi morale, dans le sens d'une autonomie du sujet. Le désir se présente comme volonté de jouissance.

2.2.3. La relation pulsionnelle et les objets : l'objet primordial et les objets partiels

La pulsion vient du corps et plus spécifiquement pour J. Lacan des orifices : lieux d'une jouissance pulsionnelle.

L'objet a

Nous avons montré par l'intermédiaire de la division subjective que l'objet a) désigne tout d'abord l'objet perdu. La perte de l'Objet est à l'origine de défenses élaborées lors de la construction intrapsychique. L'objet a) est considéré comme l'objet primordial qui se scinde au fur et à mesure de l'évolution en objets partiels (le sein ...). L'objet primaire est interprété par le nourrisson comme uni, non détaché. Il doit peu à peu assumer la séparation, le détachement et reconnaître sa scission en objets partiels appartenant à l'autre ce qui est vécu avant tout comme une perte. C'est en ce sens que sont constitués les cinq formes de perte, qui apparaissent chez S. Freud comme étant « les moments majeurs de l'apparition du signal »⁶⁷. J. Lacan complète les trois premiers stades du développement sexuel chez l'enfant : les stades oral, anal et phallique, de S. Freud et décrit cinq relations d'objet : l'objet oral, objet anal, objet phallique, avec l'objet scopique et objet vocal. Le « petit a » est la transformation de la jouissance du corps propre.⁶⁸

L'orientation lacanienne permet d'observer les articulations déterminées spécifiquement entre le positionnement du sujet par rapport au regard de l'Autre et le désir. Chez J. Lacan, l'angoisse est la seule traduction subjective de l'objet a. (P.L. Assoun). La relation entre l'angoisse et la signification des objets de la pulsion permet d'éclairer la fonction du désir – d'après le séminaire "angoisse" – : les objets, par leur point d'accès déterminent la position du sujet dans son rapport à l'Autre par la voie du signifiant.

⁶⁷ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, p 108

⁶⁸ « Le a, qui est ce reste, ce résidu, cet objet dont le statut échappe au statut de l'objet dérivé de l'image spéculaire. (...) C'est lui dont il s'agit partout quand Freud parle de l'objet à propos de l'angoisse. (...) Nous ne pouvons faire que de l'imaginer dans le registre spéculaire. » (Idem, chap VIII)

Les 5 formes stadiques de l'objet.

J. Lacan articule la pulsion de mort freudienne, à la jouissance. Or « désirer l'Autre, grand A, ce n'est jamais désirer que a ».

Chaque étape de la structuration du désir, dans le fantasme fait saisir un point d'angoisse :

« Objet perdu aux différents niveaux de l'expérience corporelle où se produit sa coupure, c'est lui qui est le support de toute fonction de la cause. Cette part corporelle est partielle: nous ne sommes objets du désir que comme corps. (...)Le désir reste toujours au dernier terme désir du corps, désir du corps de l'Autre, et rien que désir de son corps »⁶⁹.

Les formes stadiques de l'objet : oral, anal, phallique, scopique et surmoi.

1- L'objet oral est associé à la demande adressée à l'Autre, il y a un certain rapport de la demande au désir voilé de la mère au stade oral et qui correspond au besoin dans l'Autre, il s'agit de la toute puissance maternelle en tant qu'elle répond à la demande mais elle donne selon son gré. L'objet de la pulsion oral est le mamelon, le fantasme de l'extrémité du mamelon apparaît dans la « virtuelle morsure » comme agressivité de la pulsion orale.

2- L'objet anal est associé à la demande censée être formulée par l'Autre, au stade anal, c'est en effet de la demande de la mère que vient le désir, il correspond donc à la demande dans l'Autre. Chez l'obsessionnel, le demande de l'Autre est infinie, d'où l'impossible satisfaction de cet Autre.

3- L'objet phallique, objet imaginaire de la pulsion est relié à la jouissance dans l'Autre car au stade de la castration phallique, on a l'entrée du $(- \phi)$, l'entrée de la négativité quant à l'instrument du désir, au moment du surgissement du désir sexuel comme tel dans le champ de l'Autre. Le point d'angoisse, ici, se trouve « dans une position strictement inversée à celle où il se trouvait au niveau de la pulsion orale. L'homologue du point d'angoisse oral, c'est l'orgasme lui-même comme expérience subjective »⁷⁰, (il est donc en relation étroite avec le fonctionnement copulatoire)⁷¹. C'est ce rapport inverse que l'on appelle l'angoisse de castration.

4- L'objet scopique : pour J.Lacan le regard, comme orifice, est plus difficilement concevable comme « un trou », par conséquent, c'est l'objet qui esquivé plus naturellement la castration. L'objet scopique est associé au désir de l'Autre, le face à face avec la puissance dans l'Autre.

⁶⁹ J.LACAN, (1962-1963), "Le séminaire, livre X : l'angoisse", Editions du Seuil, Paris, 2004, chap XVI, p248-249

⁷⁰ Idem, p 275

⁷¹ Idem, p 273

Le désir est le désir de savoir. L'objet scopique correspond au regard comme objet a, « le regard imaginé par le moi au champ de l'Autre », au fantasme donc.

Ainsi dans la formule de l'articulation du désir : le point du désir et le point d'angoisse coïncident et annulent le mystère de la castration. C'est ce qui permet à J. Lacan de dire l'angoisse n'est pas sans objet.

5- L'objet vocal – du surmoi –, le désir est supposé venir de l'Autre, il correspond au désir dans l'Autre. « La voix résonne dans un vide qui est le vide de l'Autre »⁷², la voix, substituée de la parole est incorporée comme l'altérité de ce qui se dit, elle donne à l'angoisse sa résolution dans la culpabilité. La puissance du père et de la mère archaïques qui donne naissance au surmoi. C'est le retour du signifiant, ou encore des signifiants primordiaux : « la fonction de répétition » freudienne, à savoir le meurtre du père. Par le 5^{ème} objet, toutes les valeurs depuis l'origine sont reprises, c'est la boucle qui se referme sur l'objet oral. J. Lacan le décrit dans la métaphore de la bouche :

« c'est le fait originel inscrit dans le mythe du meurtre du père qui donne le départ de ce dont nous avons dès lors à saisir la fonction dans l'économie du désir, à savoir que l'on interdit, comme impossible à transgresser, ce que constitue, dans sa forme la plus fondamentale, le désir originel »⁷³.

Les premiers besoins alimentaires entraînent une jouissance : le plus de jouir, qu'il recherchera toujours. L'objet a) est défini comme ce qui est offert en tant que plus de jouir et devient la mesure de la jouissance manquante. L'objet a est perdu, ainsi que la possibilité de jouissance absolue dès lors que l'on accède au langage. L'objet a) naît dans l'intervalle entre le besoin et la demande. Il représente l'objet cause du désir. La jouissance refusée revient et insiste, c'est le fondement de la compulsion de répétition.

3. Le symptôme d'angoisse :

3.1 La problématique du désir et signal d'angoisse

3.2 Du complexe d'Œdipe au complexe de castration

3.3 Les aménagements défensifs

3.1. La problématique du désir et signal d'angoisse

L'angoisse éveille un signal, dit-on, qui compare "l'événement" avec les expériences antérieures, expériences mémorisées afin de prévenir le retour : il devient symptôme.

⁷² Idem, P 318

⁷³ Idem, p 295

L'angoisse est signal de « l'irréductible du réel »⁷⁴ et permet le déclenchement du processus de défense intrapsychique. D'où la recherche d'un danger réel à la source de l'angoisse. La lutte contre la répétition d'un danger exprime tout le sens particulier de l'angoisse névrotique. L'affect d'angoisse est assez représentatif d'une angoisse de séparation, constitutif de l'état de détresse (Hilflosigkeit) du nourrisson.

S. Freud décrit plus précisément la valeur de signal d'angoisse dans « Inhibition, Symptôme et Angoisse ». S. Freud nous présente ce signal comme un signal dans le moi, concernant un danger interne, donc comme un moyen de défendre sa structure pour la conserver. "L'angoisse signal" résulte des conflits psychiques. La formation du symptôme prend naissance à partir de "l'angoisse-signal". Le moi l'utilise afin d'éviter le débordement de l'afflux d'excitations. L'angoisse signale un danger, distinct de la peur, elle correspond à un malaise psychique, un déplaisir intérieur proche de l'effroi que le sujet tentera de transformer en danger venant du monde extérieur, c'est à dire de le convertir en peur. L'angoisse-signal permet la mobilisation des défenses et l'accomplissement du travail de liaison par la formation des symptômes.

L'angoisse n'est jamais une angoisse actuelle, elle réveille une situation de danger psychique en rapport à une situation de détresse antérieure, perçue, remémorée. Le signal d'angoisse est la reproduction atténuée d'une réaction d'angoisse d'une situation traumatique primitive.

« La situation peut-être historiquement nouvelle mais l'angoisse qui signale le danger s'enracine dans une menace ancienne »⁷⁵.

L'angoisse évoque ici l'attente d'une répétition d'une situation vécue, non résolue.

Le symptôme utilise l'énergie comme déplacement de l'affect vers les représentations : la symbolisation – comme processus de déformation –. La transformation de l'énergie pulsionnelle en symptôme physique résulte de l'échec de la défense du moi dans le conflit intrapsychique. La douleur est la trace corporelle laissée par le débordement d'excitations non résolues.

La formation du symptôme naît du retour du refoulé et le symptôme apparaît davantage comme substitut du refoulant. La formation du symptôme devient alors nécessaire comme mécanisme de décharge pulsionnelle et dans une tentative de réalisation partielle de désir inconscient pour accéder au principe de plaisir. On peut considérer ici cette formation comme un compromis régulant le conflit refoulé désir/défense sous la forme d'un symptôme, une formation substitutive de la pulsion désir du ça. « Le symptôme naît de la motion pulsionnelle

⁷⁴ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, p185

⁷⁵ J.ANSALDI, *"lire Lacan : l'éthique de la psychanalyse, le séminaire VII"*, Editions du champ social, Nîmes, 1998, p113

endommagée par le refoulement »⁷⁶. La formation du symptôme permet alors au refoulé de se détacher du ça, le Moi projette les représentations et les affects ressentis comme dangereux dans la réalité extérieure, le refoulé devient alors extérieur au Moi. Le processus de déformation se poursuit jusqu'à ce que la manifestation symbolique du désir inconscient soit tolérée par le Moi. Les nouvelles défenses sont induites par le signal d'angoisse.

La détermination névrotique de l'angoisse prend ici tout son sens car le symptôme vient freiner l'irruption de l'angoisse.

L'angoisse n'est que la conséquence du déplaisir, de l'échec de l'aboutissement du principe de plaisir. Les motions pulsionnelles soumises aux influences plaisir-déplaisir décrivent la polarité économique. L'afflux d'excitations devenu excessif par rapport à la tolérance de l'appareil psychique met hors jeu le principe de plaisir contraint à bloquer l'excès d'excitation.

Lorsque l'angoisse provenant du Ça envahit le Moi, l'angoisse signifie l'impossible conciliation d'avec le désir.

Si nous reprenons l'articulation de la problématique du désir selon J. Lacan, la fonction de l'angoisse apparaît d'abord sous sa forme de signal : l'angoisse a une fonction indicative du réel, puis par sa position subjective lie l'angoisse au désir. La problématique du désir s'articule autour de la question du manque et de celle de la castration. Il s'agit pour J. Lacan de montrer comment l'angoisse participe au fonctionnement du moi, si ce n'est à sa mise en place comme instance psychique.

1- La réalité psychique : J. Lacan part de la position du réel freudien qui correspond à la réalité psychique. Il va rapporter cette réalité psychique à la fonction paternelle, créatrice de danger qui va déclencher un signal d'angoisse. Dans la fonction paternelle, le danger représente la menace du père et n'est pas rapportée au symptôme car « les symptômes sont formés afin d'éviter la situation de danger signalée par le développement de l'angoisse » (Freud), par conséquent, le danger dérive de la castration. Du "père interdicteur", il introduira également l'impact de la "mère castratrice" sur l'angoisse.

2- Le trauma du refoulé : il constitue le fond d'angoisse. Au trauma du refoulé correspond l'objet primordial de J. Lacan qui y introduit l'objet "petit a". La dialectique proposée par J. Lacan permet d'aller au delà de la castration, « ce n'est point l'angoisse de castration en elle-

⁷⁶ S. FREUD, (1926) "*Inhibition, symptômes et angoisse*" (I.S.A.), PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002, § 122, p11

même que constitue l'impasse dernière du névrosé »⁷⁷ mais « de faire de sa castration ce qui manque à l'Autre »⁷⁸. L'angoisse n'est plus le signal d'un manque mais le signal du défaut de l'appui que donne le manque : « c'est un manque auquel le symbole ne supplée pas »⁷⁹.

3- Défense intrapsychique : l'angoisse signale le danger de se perdre en tant que sujet du désir par la proximité d'une jouissance possible. D'où le rapprochement de l'angoisse avec l'orgasme qui est la seule angoisse qui s'achève, il « lève le voile du désir » et le sujet s'y confronte totalement. Il ne s'agit plus de manque mais d'une certitude qui est atteinte, la limpidité du désir renvoie à l'effroi de la vérité⁸⁰. J. Lacan revient sur cette notion de défense: s'il s'agit en effet de conserver la structure interne, il ne s'agit pas d'une défense contre l'angoisse mais contre ce dont l'angoisse est le signal : à savoir le manque.

4- Le manque : il n'est pas à entendre dans le sens de la perte d'objet (naissance, de la mère, du pénis, de l'amour maternel, amour du surmoi) dont l'angoisse serait une réaction signal. Hors du champ présence-absence, elle signale « d'être le défaut de l'appui » que donne le manque. Le manque n'est saisissable que par l'intermédiaire du symbolique. Car c'est le symbole qui l'introduit dans le réel sous la forme d'absence, il tente de rejoindre dans le signifiant sa fonction de signe. Le manque est à comprendre dans ce qu'il a appelé dans son séminaire, livre IV: les 3 formes du manque: privation, frustration, castration. La frustration résulterait de la "coupure" des relations primitives de l'enfant à la mère: séparation "réelle" avec le sein maternel, l'objet réel manquant ne peut être remplacé, mais la séparation (présence-absence) d'avec la mère est symbolique. La privation tient de l'entrée du tiers séparateur de la triangulation: le père imaginaire. L'objet en est le phallus symbolique. Le manque réel est un trou qui ne peut-être compensé par un simple remplacement. La privation est quelque chose de réel tandis que le manque, lui, est symbolique⁸¹. Quant à la castration, elle recompose les lois symboliques de toute puissance, le passage de la toute puissance de l'enfant à la toute puissance phallique, paternelle qui renforce la séparation d'avec la mère et conduit à la secondarisation. La toute puissance reste figée à l'angoisse de castration symbolique.

⁷⁷ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, chap IV, p 58

⁴² Idem, p 58

⁷⁹ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, chap X, p161

⁸⁰ Idem, chap VII, p275

⁸¹ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, chap X, p160

3.2. Du complexe d'Œdipe au complexe de castration

3.2.1 Le complexe d'Œdipe

3.2.2 Le complexe de castration

3.2.3 Le phallus

3.2.4 Surmoi et castration

3.2.1 Complexe d'Œdipe:

L'importance du complexe d'Œdipe tient de ce qui en découle, à savoir l'émergence de l'angoisse qui fait apparaître le sentiment d'impuissance et conduit au renoncement de la réalisation des désirs. Le "complexe" est considéré par Green comme un "micro système" et le complexe d'Œdipe sous-tend les interdits ; l'organisation psychique devra alors tenir compte de la menace et des sanctions qui apparaissent dans cette période.

Le désir pour la mère trouve son origine dès la naissance, la mère nourricière qui procure le plaisir devient le 1^{er} objet d'amour et constitue l'objet primordial.

Le complexe d'œdipe survient lors du stade phallique et se situe principalement entre trois et cinq ans. Le complexe d'œdipe est élargi aux deux sexes constituant les bases de l'orientation du désir : il participe à l'acceptation de l'ouverture à la triangulation, à la reconnaissance de la différence des sexes et à l'identification progressive au parent du même sexe. Pour les deux sexes, il s'agit d'abord du renoncement au 1^{er} objet d'amour. S. Freud pose les bases du complexe d'œdipe comme étant le désir pour le parent de l'autre sexe et l'hostilité pour le parent du même sexe. L'entrée dans la triangulation fait passer l'enfant d'une relation d'objet duelle à une relation d'objet triangulaire. La fonction paternelle vient rompre le désir originaire de fusion avec la mère et pose la limite par rapport au désir œdipien de l'enfant "d'être le désir de la mère". Le père intervient comme médiateur et comme privateur. La mère doit le reconnaître comme séparateur pour qu'il puisse favoriser, ouvrir la voie de la socialisation. C'est également durant cette phase que naît le fantasme de la « scène primitive » dirigeant le garçon vers l'angoisse de castration et la fille vers le désir d'avoir un enfant du père. Le complexe d'Œdipe ne se construit pas de même manière chez le garçon et la fille.⁸²

⁸² La fille ne rencontre pas la même inquiétude de la castration, cependant le phallus est vécu comme un manque à regagner par l'intermédiaire du père et d'une injustice causée par la mère. Pour la fille c'est la "découverte" de la castration, l'angoisse de castration qui la fait entrer dans le processus œdipien. La rivalité pour la mère naît du rejet de la « mère castrée » puis de l'évolution du désir d'avoir un pénis comme le père en désir d'avoir un enfant du père. L'enfant œdipien est un fantasme qui résistera

La résolution du complexe d'œdipe, pour les deux sexes, passe par l'identification au même sexe et par l'intériorisation des interdits et des exigences parentales et sociales. La période de latence de la phase pubertaire doit être la période de résolution du complexe d'Œdipe et de ses conséquences, ce qui manque au névrosé qui n'a pu avoir accès à la maturation psychique adulte.

3.2.2. Le complexe de castration

S. Freud, lors de la 2^{ème} topique, en 1920, articule le complexe d'œdipe au complexe de castration.

Le complexe de castration est au cœur de la problématique névrotique:

« l'angoisse de castration est à la fois vue comme la répétition de l'angoisse d'abandon due à la situation de détresse du nourrisson et comme préparant la formation du surmoi, base de l'angoisse sociale et morale » (C. Jeanclaude 2002).

La castration est un motif au jaillissement de l'angoisse:

- Il donne sens au sentiment d'impuissance: angoisse de "ne pas pouvoir",
- Il convoque l'Autre de la relation: confrontation à l'Autre castrateur, à la jouissance de l'Autre,
- Il introduit un sentiment inconscient de culpabilité.

1- Le refus de la castration : la névrose se caractérise par un refus de la castration. L'angoisse de castration induit le sentiment de culpabilité. Le sujet se met en dette : J. Lacan parle de « dette symbolique ». Dans la névrose, le phallus (- φ), c'est-à-dire le manque ne réalise pas sa fonction de médiation, précisément, de tolérance au manque. C'est la situation de la frustration. La castration est symbolique donc se rapporte à un certain phénomène de manque:

inconsciemment chez la fille. Dans une construction de déplacement du sujet aimé de la mère vers le père et de l'angoisse de représailles de la part de la mère, la notion de perte sera plutôt désignée comme un sentiment d'angoisse de la perte d'amour.

« ...j'ai exposé ailleurs comment le développement de la petite fille est mené par le complexe de castration à l'investissement d'objet tendre. C'est précisément chez la femme que la situation de danger de la perte d'objet semble être restée la plus efficiente. ...il ne s'agit plus de l'absence éprouvée ou de la perte réelle de l'objet, mais de la perte d'amour de la part de l'objet. » (S. FREUD,(1926) "*Inhibition, symptômes et angoisse*" (I.S.A.), PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002, § 173, p56

Le garçon, quant à lui, reste attaché au 1^{er} objet d'amour mais dans le désir de séduction générant par là la rivalité du père. L'angoisse de castration, chez le garçon n'est pas l'entrée dans le processus œdipien mais la constitution durant cette période de la menace de castration par le père comme punition. Le garçon s'y soustrait en renonçant à la mère et en s'identifiant au père. La castration, en tant que manque imaginaire génère une angoisse d'incomplétude. La fixation inconsciente du complexe de castration est à l'origine de l'autopunition. L'angoisse de castration est structurante et dirige vers l'identification au même sexe.

une forme possible de l'apparition du manque est le (- ϕ): le support imaginaire de la castration. La castration apparaît dans le rapport avec l'Autre. J. Lacan précise ce qu'il entend par « cause » : cause de l'angoisse, cause du sujet lui-même, à son entrée dans le symbolique, à y être pris dans le jeu du signifiant. J. Lacan entend donc par cause le statut de l'angoisse comme inhérent au fonctionnement du psychisme. C'est l'apparition de l'objet et sa séparation d'avec le sujet : « l'angoisse n'est pas sans objet ».

2- L'angoisse avec ou sans objet ? Contrairement à S. Freud qui considère l'angoisse sans objet, J. Lacan la décrit comme un trop de présence de l'objet du désir. Si l'on considère l'objet en tant que réel, l'angoisse pour S. Freud est "sans objet", or pour J. Lacan, la notion de réel n'est pas associée à un concept de réalité, donc « l'angoisse n'est pas sans objet ». L'angoisse est sans objet pour S. Freud, parce qu'elle n'est pas reliée à la menace d'un danger réel. Il différencie le danger appartenant à la réalité extérieure et le danger inconscient. Pour lui, le réel n'est pas à prendre dans le sens de la réalité d'un objet extérieur. Le danger névrotique provient d'une revendication pulsionnelle. Ce à quoi J. Lacan répond qu'il n'existe qu'un réel du sujet, et par conséquent tout n'est pas « symbolique ni symbolisable », « dans la mesure où cette revendication pulsionnelle est quelque chose de réel, on peut admettre que l'angoisse névrotique dispose elle aussi d'un fondement réel ». Ce réel correspond au trauma refoulé, à l'objet a, non exprimable par le fait qu'il n'appartient ni au langage, ni à l'image spéculaire: "il fait trou noir au miroir", (donc image non reflétée dans le cadre du réel), et par conséquent n'est pas "représentable"(/Freud), pas "symbolisable"(/Lacan). Le signal d'angoisse est le signal de l'irruption de ce réel dans l'expérience: l'arrivée de l'objet a) devant la scène de la réalité extérieure. Les objets a) étant absents du langage et invisibles au miroir, seule la montée de l'angoisse permet de les repérer.

La question de l'angoisse de castration est centrale chez le névrosé, ainsi que la particularité de son scénario fantasmatique.

3.2.3. Le phallus

S. Freud a souligné dans un article de 1917 que la problématique du complexe de castration est centrée chez le garçon et chez la fille autour du phallus, conçu comme détachable du corps. Le phallus constitue un objet interchangeable, il représente un symbole. Nous pouvons y reconnaître une fonction métaphorique. Le complexe de castration met en évidence le

caractère manquant pour tous du phallus. Le signifiant phallique (ϕ)⁸³ ainsi dénomme le support du manque. Le sujet confronte son manque avec le manque de l'Autre. Il cherche à se situer dans le rapport à l'Autre. Par sa demande, le désir apparaît comme un signe – la réponse à son questionnement: que me veut l'Autre? –. La position dans la sexualisation de l'homme et de la femme se détermine selon des rapports spécifiques à la castration. L'inconscient ignore la différence des sexes, il ne connaît que le phallus comme symbole sexuel, par conséquent la sexualisation dépend d'un choix d'objet par rapport au phallus. Du côté féminin, on remarque que quelque chose fait échec à la castration, elle se maintient à l'écart de la fonction phallique car, sans phallus, "elle n'est pas castrable". C'est donc du côté de l'impossible comme cause qu'une femme se situe.

L'une des formes de l'angoisse liée à la sexualité vient de ce que le phallus n'est pas là où on l'attend:

« Le phallus, là où il est attendu comme sexuel, n'apparaît jamais que comme manque, et là est son lien avec l'angoisse »⁸⁴.

Ce qui nous place dans un rapport sexuel impossible d'où ce lien avec la pulsion de mort dans l'orgasme. L'un et l'autre se mettent en danger, en abaissant son voile, en laissant échappé l'angoisse, seul endroit où l'angoisse se "voit": c'est l'introduction du réel dans l'angoisse.

3.2.4 Surmoi et castration:

Le surmoi est le résultat de l'identification aux interdits parentaux perçus en interaction avec les désirs œdipiens et constituant une menace de castration. Le Surmoi est l'instance psychique qui réactive l'angoisse de castration : le sujet entrera continuellement en conflit avec les pulsions et le surmoi entraînera la culpabilité. L'intériorisation des exigences parentales et sociales provient également du complexe d'œdipe assumé et constitue le surmoi :

« l'angoisse de castration se développe en angoisse de conscience, en angoisse sociale »⁸⁵.

⁸³ Le signifiant est un terme arbitraire et il n'a pas de correspondance fixe ou préétablie entre tel concept – tel signifié – et tel signifiant. Le signifiant a un caractère linéaire, représentant une étendue mesurable sur la ligne du temps. Le signifiant est ce qui saute avec l'intervention du réel. Il n'y a du sujet que par le signifiant, le passage au signifiant. Un signifiant est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant. Le refoulé place le retour du signifiant à l'état de trace.

⁸⁴ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, chap XX, p311

⁸⁵ S. FREUD, (1926) *"Inhibition, symptômes et angoisse"*, PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002, § 170, p53

La pulsion libidinale se calque sur le modèle de la pulsion œdipienne donc pour le sujet dans la crainte d'être délaissé, dans la résurgence des ambivalences crainte et admiration, dans la recherche protectrice et la peur d'être puni. Le produit de l'identification aux parents idéalisés, l'instance narcissique, est représenté par l'Idéal du Moi. Le surmoi et l'idéal du moi servent de support à l'auto évaluation du moi. Dans sa recherche de plaire, de correspondre aux attentes de l'autre, et en rapport avec l'identification aux interdits parentaux, le sujet se sent en décalage, son idéal de soi trop fort le renvoie à ses manques et donc à un sentiment de honte, d'infériorité, ou d'intégrité. Le sentiment de culpabilité, généré par le Surmoi contient, de ce fait, l'angoisse de mort. Un sentiment de frustration naît des obligations à suivre les exigences de perfection trop élevées de l'idéal du moi dans la réalisation de ses objectifs. Ainsi la recherche d'estime et d'amour est permanente et insatisfaite et renvoie au danger d'abandon, de rejet. L'idéal du moi, comme le surmoi est cause d'angoisse dans le moi. Le danger de jugement du surmoi s'extériorise dans le danger du jugement de condamnation du monde extérieur via l'environnement social et culturel. A. Green, décrit le Surmoi comme étant de même nature que le Ça, « lorsque la régression atteint le Ça, elle affecte le Surmoi ». Le Surmoi vient introduire, dans la conflictualité, l'impact culturel et social sur l'appareil psychique. Les relations entre l'affect et le Surmoi entraînent le sentiment inconscient de culpabilité avec le besoin d'auto-punition et l'autre partie du Surmoi en lien avec le Moi, renvoie à l'inhibition et la maîtrise des affects. Sa fonction de censure et d'interdiction conduit au renoncement où le travail de refoulement va composer plusieurs issues de déplacement et d'organisation psychique (peut conduire à des structures pathologiques différentes).

3.3. Les aménagements défensifs :

3.3.1 L'angoisse de séparation, le "syndrome d'abandon"

3.3.2 La trace psychique d'un trauma

Les névroses sont l'expression des défenses du moi, du déplacement des conflits intrapsychiques, d'un dérèglement dans la vie libidinale. Lors de la réactivation d'un conflit oedipien mal éliminé, le conflit intrapsychique se fait jour et des défenses peu efficaces se mettent en place. Les défenses névrotiques apparaissent au travers du refoulement, du déplacement, de la régression, des formations réactionnelles, de l'isolement et de l'inhibition mentale – formation de compromis –. Les névroses sont des maladies de la personnalité caractérisées par des conflits intrapsychiques qui entravent les conduites sociales. Elles

déstructurent moins les rapports du moi avec la réalité que les psychoses (H. EY). Elles sont psychologiquement compréhensives.

Les aménagements défensifs intrapsychiques maintiennent le refoulement afin d'atténuer l'angoisse. La satisfaction illimitée des pulsions conduirait à la destruction du psychisme. Le retour du refoulé est limité par les aménagements défensifs. Le refoulement n'est pas complet, le sujet conserve un ensemble d'éléments constitutif de la période œdipienne et ces éléments qui se lient mal vont avoir une répercussion à l'âge adulte. La dépression résulterait de la conservation du sentiment d'impuissance qui entrave l'estime de soi – valeur de soi et valeurs renvoyées par l'Autre –. Ce sentiment d'impuissance, comme nous l'avons observé dans le travail sur S. Freud, renvoie au sentiment de culpabilité conscient ou inconscient. Il résulterait de celui-ci un sentiment "d'être empêché de...", en fait cet "empêchement" de réalisation des désirs fomenterait l'autodestruction, travaillerait au profit de la pulsion de mort.

Le déroulement de l'Œdipe instaure des valeurs symboliques. Les aspects et contenus divers de l'angoisse sont toujours en rapport avec un travail de symbolisation⁸⁶. A. Green attribue à la période œdipienne une importance fondamentale tant dans la construction interne que par ces valeurs intégrées par ces "premiers Autres du monde extérieur" qui constituent la subjectivité, le rapport à l'altérité, au collectif. Il insère l'individu au sein d'un groupe culturel. L'action du refoulement pulsionnel, quant à lui, impacte sur le monde intérieur en édifiant des représentations. Les pulsions vont servir d'intermédiaire à l'inconscient pour l'ouvrir au monde des perceptions en le mettant en contact avec le corps. L'affect pulsionnel permet de transformer le corps propre en une motion pulsionnelle interne compréhensible pour l'inconscient. La satisfaction pulsionnelle repose également sur des objets appartenant au monde extérieur. La pulsion elle-même, ne peut devenir objet de la conscience sans une représentation. C'est la transformation de l'affect en angoisse qui le fait passer à la conscience.

3.3.1. L'angoisse de séparation, le « syndrome d'abandon »

Les psychanalystes Germaine Guex et Charles Odier ont mis en évidence le "syndrome d'abandon" apparaissant dans la relation d'objet archaïque. Le syndrome d'abandon ne dépendrait pas du conflit d'où émerge la névrose mais d'une problématique de sécurisation lors de la structuration archaïque du Moi. Il ne s'agit pas d'un trauma d'abandon en tant que

⁸⁶ A. GREEN, " *La déliaison, psychanalyse, anthropologie et littérature*", Sté d'Édition, Les Belles Lettres, Paris, 1992, p 126

tel mais d'un sentiment abandonnique : bien qu'imaginaire, la répercussion psychique est identique au fait réel.

« La constatation qui s'impose et qui me paraît essentielle, c'est que les malades dont la vie psychique est dominée par le problème de sécurité affective et la crainte de l'abandon sont tous des cas où la névrose présente une structuration très différente des névroses classiques décrites par S. Freud et ses disciples. Nous nous trouvons ici en face d'individus demeurés à un stade primitif, où toute la force instinctuelle et affective semble drainée dans un seul sens, dominée par une seule nécessité : s'assurer l'amour et, par là, maintenir la sécurité. »⁸⁷.

Lors d'une actualisation traumatique dans la réalité extérieure, l'angoisse initiale d'abandon est réactivée et repose sur :

« L'angoisse qu'éveille tout abandon, l'agressivité qu'il fait naître et la non-valorisation qui en découle »⁸⁸.

Le syndrome d'abandon place le sujet dans des dispositions autodestructrices.

- Le « trauma de la naissance »

L'accroissement de la tension, l'excitation excessive évoque le trauma de la naissance d'Otto Rank, en 1924, qui reprend l'idée de S. Freud selon laquelle :

« L'affect d'angoisse est une conséquence du processus de la naissance et une répétition de cette situation... », « ... ces conditions d'angoisse répètent au fond la situation de l'originelle angoisse de la naissance, qui signifie bien, elle aussi, une séparation d'avec la mère »⁸⁹.

L'expulsion du ventre maternel est, pour J. Bowlby l'image du désir primaire de retour au ventre maternel,

« L'angoisse de la naissance est le prototype de toutes les angoisses de séparation que l'on pourra subir par la suite »⁹⁰.

L'angoisse infantile résulte du sentiment d'absence de la personne aimée. Durant la période du stade anal, l'enfant maintient une relation fusionnelle avec la mère, il connaît alors les premières frustrations d'attente, de contrôle et de peur. L'angoisse de séparation infantile

⁸⁷ Germaine GUEX ; *"le syndrome d'abandon"*, PUF, Paris, 1973, p 2 et 3

⁸⁸ Idem p 13

⁸⁹ S. FREUD, (1931-1936) *"Angoisse et vie pulsionnelle"* (leçon XXXII) § 94-95 in « œuvres complètes XIX » PUF, Paris, 1993

⁹⁰ BOWLBY J. *"Attachement et perte, Tome II: la séparation, angoisse et colère"*, PUF, Paris, 1978, coll. Le fil rouge, appendice

produit, chez l'adulte névrosé d'angoisse, le syndrome d'angoisse. Le syndrome de séparation devient central dans « Inhibition, Symptômes et Angoisse » :

« L'angoisse de la naissance aussi bien que l'angoisse du nourrisson reconnaissait pour condition la séparation d'avec la mère. »⁹¹ .

L'angoisse d'abandon subsiste jusqu'au delà de la période de latence, elle peut apparaître comme un besoin omniprésent d'être rassuré sur l'amour maternel et aussi parental, d'être valorisé afin de soulager l'angoisse. Cette angoisse persistant de manière sous-jacente, une fragilité se remarquera chez les névrosés d'angoisse où les conflits infantiles ne sont pas dépassés. L'accumulation d'affects ou une représentation de situation similaire (sentiment d'abandon dans le couple, des amis...) crée alors un retour du refoulé qui correspond à une bouffée d'angoisse déclenchant l'attaque de panique. L'angoisse primaire de séparation annonce la conduite d'attachement.

3.3.2. La trace psychique d'un trauma :

Les névroses s'acquièrent au cours de la prime enfance du fait de la vulnérabilité de l'enfant jusqu'à 5-6 ans. Les traumatismes proviennent de la faiblesse, de l'immaturité du moi qui est "incapable de résistance", et a, par conséquent, recours à des processus défensifs tels que le refoulement, le clivage, le déni. Le danger de perdre l'Objet provoque l'angoisse mais c'est l'angoisse de revivre la détresse de la perte qui met en place le mécanisme de défense afin de la gérer.

- La structuration du moi:

Dans le confort et la tranquillité de la relation fusionnelle avec la mère, le bébé élabore sa construction du moi à partir d'identification dans la relation depuis son vécu émotionnel.

Ce vécu émotionnel correspond au plaisir lors de la satisfaction des besoins (dans la fusion) et par conséquent pendant le repos (l'endormissement).

La menace d'insatisfaction lorsque la mère ne répond pas à la demande suscite chez le bébé un sentiment de déplaisir, d'incapacité d'action qu'il montre dans ses agitations, ses spasmes. Lorsque les réponses aux afflux d'excitations excessives – les demandes – sont aléatoires, instables, elles sont considérées comme des menaces de déplaisir, provoquent de l'angoisse et

⁹¹S. FREUD,(1926) "*Inhibition, symptômes et angoisse*" , PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002 § 169 p 51

gènèrent le traumatisme. Si son univers est construit principalement par ces frustrations, des réponses aléatoires à ses expressions de besoin, il se crée alors un état permanent de tension.

La situation d'insatisfaction crée un danger: un "signal". La théorie du signal correspond au lien qui unit l'enfant à sa mère en termes de pulsion, l'objet libidinal est représenté par la mère. Le signal d'angoisse est un signal de déplaisir nécessairement externe.

Le nourrisson ressent son impuissance, c'est pourquoi la présence de sa mère le rassure et le protège. C'est la raison pour laquelle la menace de la perte – éloignement – crée l'angoisse. L'enfant prend conscience de son incapacité à se libérer seul de l'accumulation d'excitations dangereuses, il se met à la redouter lorsqu'elle est mémorisée et qu'elle signe l'impuissance et la situation de détresse – " Hilflosigkeit "–. L'angoisse prononcée chez l'enfant est la peur de revivre un même état émotionnel: l'affect traumatique.

Ses élaborations psychiques se construisent à partir de ces incertitudes permanentes. Ses processus affectifs et de pensées sur l'état imprévisible des choses s'élaborent sur un mode défensif contre le déplaisir, la douleur, sur un mode d'attente anxieuse de la gestion du besoin. Le principe de plaisir, lors du développement de l'enfant cède la place au principe de réalité.

On peut repérer cette impossibilité de satisfaction chez le névrosé d'angoisse qui reproduit le sentiment de frustration. Par exemple, dans ses relations amoureuses, sa démarche d'amour est avide et urgente. Il reproduit la relation initiale à la mère et réactualise l'angoisse. Il ne peut combler le vide de ce vécu refoulé, il ne fait pas de relation entre la cause et l'émotion.

Le fantasme de la fusion parentale peut-être renforcé par l'écoute ou la vision du coït parental car la scène primitive projette une forte angoisse chez l'enfant.

- La demande

Dans ses 1ers rapports à la mère, dans un état de dépendance absolue, l'enfant lui demande de le nourrir. Cette demande nous paraît double : elle est demande de satisfaction du besoin, et elle est aussi demande de « l'en plus » que l'enfant a obtenu au cours de la 1^{ère} expérience de satisfaction et qui est avant tout demande d'amour. A travers cette demande d'amour, l'enfant désire être l'unique objet du désir de l'Autre qui satisfait ses besoins. J. Lacan insère toute réponse à la demande dans une dimension de l'épreuve d'amour⁹².

⁹² « Être demandé est pour le névrosé le signe même de l'amour de l'Autre. Autre censé répondre selon son caprice ou de ne pas répondre à cause de son impuissance, jamais parce que la réponse à la demande est impossible. Ce que tu me donneras sera toujours en deçà de ce que je te demande. C'est ici que surgit le désir suspendu à la recherche de cette expérience de jouissance première. » (...) « La demande en tant que telle, c'est-à-dire l'articulation d'un besoin sous la forme du signifiant. (...) . Pas une simple prise de conscience, c'est l'articulation par le sujet en tant que parlant de demande comme telle, par rapport à laquelle il se situe (S/ ◇D). (...) . Le besoin se présente sous la forme de condition absolue, et se produit dans la marge entre demande de

Dans le séminaire, livre X, J. Lacan particularise ainsi les fonctions de l'amour et de l'angoisse. L'angoisse se place dans l'espace médian entre jouissance et désir, l'amour agissant comme médiateur entre jouissance et désir. L'amour se place au niveau de la demande, elle-même se dédoublant en demande de satisfaction du besoin et en demande d'amour, par conséquent l'amour cherche toujours à se lier à l'autre. La demande de satisfaction apparaît comme un don symbolique, comme témoignage d'amour, et J. Lacan de préciser: « l'amour, c'est donner ce qu'on n'a pas ». Le sein devient symbole de don dans la relation symbolique, l'objet de satisfaction peut devenir à tout moment objet symbolique, et la mère devient réelle⁹³.

Le don est essentiellement marqué par le manque et c'est l'angoisse qui vient combler ce manque. La confrontation à la demande de l'Autre réclame la perte du sujet.

Ce lien éclaire de manière significative les dispositions autodestructrices du sujet lorsque ce manque d'amour prédomine son existence. Lorsque la plainte du sujet porte sur les perceptions de mal-être, d'insatisfaction, de solitude, il s'agit d'un appel à l'Autre, le besoin de l'intervention de l'Autre.

Nous pouvons considérer que le sentiment d'insécurité du nourrisson, liée à l'impuissance, va contribuer à l'émergence du symptôme d'angoisse. De même, le sentiment de colère sous forme de revendication peut faire référence à l'ambivalence que constituent le désir de détachement et la dépendance envers l'objet primaire, la revendication peut exprimer l'impossible séparation qui constitue une voie d'accès à l'angoisse.

- Angoisse de séparation et angoisse de castration

S. Freud décrit l'angoisse de séparation et l'angoisse de castration comme réactionnelles à la perte de l'objet :

« L'angoisse apparaît donc comme une réaction à l'absence éprouvée de l'objet et il s'impose à nous comme analogies que l'angoisse de castration a aussi pour contenu la séparation d'avec un objet de hautement estimé et que l'angoisse la plus originelle (l' « angoisse originaire » de la naissance) fit son apparition lors de

satisfaction du besoin et demande d'amour. Le désir de l'homme est toujours pour lui à rechercher au lieu de l'Autre en tant que lieu de la parole, ce qui fait que le désir est un désir structuré dans ce lieu de l'Autre ». (J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, chap XXIV, 440-442)

⁹³ Intervention de Lacan sur l'exposé de J. Favez-Boutonier du 7/05/1957

la séparation d'avec la mère. »⁹⁴ (...) « La condition d'angoisse de la perte d'objet a encore une portée bien plus grande, elle aussi, l'angoisse de castration survenant dans la phase phallique, est une angoisse de séparation et elle est liée à la même condition ». ⁹⁵

Du complexe de castration résulte le sentiment de culpabilité inconsciente et le sentiment de frustration liée à la construction d'un idéal du Moi trop fort, ces sentiments participent à l'élaboration d'angoisse.⁹⁶

Des fonctionnements psychiques spécifiques peuvent surgir des vulnérabilités que constituent ces "marques" de l'angoisse.

4. Conclusion

L'approche processuelle de l'angoisse fait apparaître des axes évolutifs par : son mouvement pulsionnel, son rapport au désir, la place que prend le sujet face au désir de l'autre et les aménagements défensifs qu'il déploie.

La conversion des énergies psychiques en affectss et en particulier en angoisse permet de mettre en avant un processus évolutif de l'angoisse. Une progression identifiée dans les phases successives de développement. Chacune des phases caractérise des formes d'angoisse en fonction des désirs qui la sous-tende et peut avoir, en relation avec les pulsions de destruction et le processus de déliaison qui en résulte, des conséquences néfastes sur les pulsions de conservation. Ces déterminations quantitatives et qualitatives, déterminantes du pouvoir de la pulsion de mort sur l'évolution psychique du sujet, peuvent être différenciées sous la particularité du concept d'angoisse paroxystique.

La libération pulsionnelle, lors de la déliaison peut être désorganisante pour le psychisme. Elle laisse apparaître des limites mettant en interaction le psychisme, le corps et la réalité extérieure en des combinaisons subtiles et multiples. Dans l'évolution, les forces destructrices peuvent contribuer à l'anéantissement du sujet.

⁹⁴ S. FREUD, (1926) *"Inhibition, symptômes et angoisse"*, PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002 § 167 p 50

⁹⁵ Idem, §169, p 52

⁹⁶ Nous utilisons l'expression « sentiment » dans son sens psychanalytique, en tant que « Conscience que l'on a de soi et du monde extérieur », « Émotivité excessive liée à une représentation prévalente qui dirige l'activité psychique et sociale en lui donnant une forme particulière, expression visible du trouble mental » (MARCH. 1970).

Nous pouvons décrire différents types d'angoisse à partir de cette théorisation, ils seront confrontés à l'expérimentation (partie III) :

Le manque de capacité d'agrippement et d'attachement renvoie à l'angoisse de vide – glissement inévitable vers le néant–.

L'angoisse corporelle par désintrication du moi, provient de l'ambivalence entre l'angoisse d'implosion et l'angoisse de vide, et suggère l'angoisse d'effacement. Et la défaillance de l'autoérotisme peut transformer l'excitation érogène en perceptions corporelles douloureuses : symptômes somatiques. De même elle peut conduire à freiner ou faire obstacle au processus de séparation et d'individuation et générer une impossible séparation d'avec l'objet et par conséquent entraîner une dépendance affective. Cette angoisse peut-être contribue à la désorganisation du moi et à la dépression « essentielle ».

Du manque de contenance, du sentiment d'insécurité dépend une angoisse diffuse, "sans fond" et envahissante pour le moi ou d'une éviction correspondant à la dépossession d'une partie du Moi pouvant entraîner une menace d'effondrement. L'excès ou la défaillance du pare-excitation conduit à l'angoisse de perte de l'objet et au morcellement du moi (position schizoïde). La dépersonnalisation et la déréalisation peuvent en résulter.

Ces angoisses conduites par la pulsion de mort visent l'autodestruction du sujet.

Les stades successifs du développement décrivent les orientations du désir et précisent l'expression du manque. Les régressions et les fixations du sujet vont insister sur des manifestations de l'agressivité qui en résultent et vont mettre en place des aménagements défensifs leur correspondant. La position du sujet dans son rapport à l'Autre va inscrire le sujet dans l'altérité et conditionner des attitudes – position passive, position active –. Les orientations du désir se déploient en désir d'amour, de reconnaissance et fonctionnent avec les besoins et les demandes.

L'angoisse dans l'articulation de la problématique du désir peut se reconnaître selon les positionnements du sujet dans son rapport à l'Autre selon :

- 1- Un sentiment d'insécurité, sentiment abandonnique. Recherche de plaire : être aimé, valorisé, répondre à l'attente de l'autre. Crainte d'être délaissé : angoisse d'abandon et de séparation, d'être rejeté. Renoncement de la réalisation des désirs, dépression, dispositions autodestructrices.
- 2- Un sentiment d'être empêché, être contraint : provocation et peur de représailles.
- 3- Un sentiment de culpabilité : peur d'être puni (condamnation du monde extérieur), angoisse de mort, autopunition.

- 4- Un sentiment de frustration : insatisfaction, obligation à suivre les exigences de perfection trop élevées de l'idéal du moi dans la réalisation des désirs, angoisse d'effacement. Un sentiment de honte, d'infériorité : en décalage avec l'idéal du moi, dévalorisation, auto agressivité.

Synopsis des différents types d'angoisse et de leurs orientations selon l'orientation du désir :
Tableau I, 1-2

Différents types d'angoisse	Interprétation	Vulnérabilités
Angoisse de la naissance : angoisse réactionnelle Angoisse séparation Angoisse de perte	Trauma de la naissance Problématique de sécurisation Conduite d'attachement Syndrome d'angoisse, de séparation Sentiment d'impuissance	Insécurité
Ambivalence angoisse d'implosion et de vide Angoisse solitude Angoisse de rejet	Dépendance affective : processus de séparation et d'individuation en cause. Ambivalence désir de détachement et dépendance Compulsion, impatience Provocation, agressivité	Revendication
Angoisse de morcellement (stade du miroir) Angoisse de castration, angoisse morale Angoisse de destruction (effraction) Angoisse de vide : Angoisse d'effacement	Manque de capacité d'agrippement et d'attachement Désintrication du Moi, angoisse corporelle Excès ou défaillance du pare-excitation Intégration du Surmoi Sentiment de culpabilité inconsciente	Culpabilité
Angoisse existentielle (angoisse pour l'avenir en est l'expression) Angoisse de perte consécutive au rejet(abandon par rejet) Angoisse de mort (/Surmoi – Idéal du moi) Angoisse d'incomplétude, de manque	Angoisse identitaire Mal-être, doute, confusion, Angoisse sociale Anéantissement, désorganisation Fantasme d'annihilation	Déprivation

Chapitre 2 :

Le concept « d'angoisse paroxystique »

1. Les accès d'angoisse paroxystique
 - 1.1. L'angoisse de mort
 - 1.2. L'angoisse automatique
 - 1.3. Le refoulement
2. Eros et Thanatos
 - 2.1. Le fonctionnement pulsionnel
 - 2.2. La pulsion de mort
 - 2.3. Le narcissisme
 - L'identification primaire
 - L'effondrement psychique
 - Sentiments de culpabilité et de honte
 - Narcissisme négatif et négativité
 - 2.4. Sadisme et masochisme
 - Le masochisme primaire
 - Le masochisme secondaire
 - Le masochisme moral
3. Le fantasme
 - 3.1. De Freud à Lacan
 - 3.2. Les fantasmes originaires
4. Le spéculaire
5. Conclusion
 - 5.1. L'angoisse au centre du processus névrotique
 - 5.2. L'approche processuelle de l'angoisse paroxystique
 - 5.3. L'affect d'angoisse paroxystique
 - 5.4. Le processus comme mouvement évolutif

1. Les accès d'angoisse paroxystique

1.1 L'angoisse de mort

1.2 L'angoisse automatique

1.3 Le refoulement

Les accès d'angoisse paroxystique sont définis par un conflit entre le niveau d'excitation somatique et le désir psychique. Ils résultent d'une carence défensive, une absence d'élaboration psychique qui conduit à ces accès d'angoisse "automatique", proche de la définition de l'effroi : débordement du moi, impréparation

Le symptôme d'angoisse met le sujet dans un état de vigilance permanente, dans une hypersensibilité aux stimuli. Le sujet est aux aguets. La projection de l'affect sur le monde extérieur le rend vulnérable et c'est l'environnement qui devient susceptible de troubler l'équilibre intérieur. Les limites internes/externes se durcissent : le danger est ressenti tant venant de l'intérieur que résultant du monde extérieur. Cet état d'alerte crée l'anxiété permanente, le sujet vit dans une attente anxieuse: angoisse flottante sans objet :

« prête à se fixer sur n'importe quelle représentation ». « L'attente anxieuse est le symptôme nucléaire de la névrose, il existe un quantum d'angoisse librement flottant qui, lors de l'attente, domine le choix des représentations et est prêt à tout instant à se lier à n'importe quel contenu de représentation qui convient »⁹⁷.

Le sujet erre, au travers de ses tensions conflictuelles, entre les sphères inconscientes et la réalité déformée. Il baigne, alors, dans des sensations d'irrésolutions, qui se traduisent par des scrupules, des doutes continuels et une révolte intérieure. Il n'atteint jamais l'aboutissement de ses buts.

La chronicité de cet état d'angoisse l'intègre dans une normalisation mais sous l'influence d'une tension supplémentaire ou d'une impossibilité à supporter une accumulation, le sujet entre dans un accès paroxystique comparable à la crise d'angoisse. L'angoisse semble se manifester subitement, sans raison apparente tandis qu'elle n'est que la résultante d'une tension sous-jacente. Les manifestations physiques, lors des accès d'angoisse ne sont que les substituts d'angoisse latente. La situation de danger apparaît dans l'inscription mnésique des évènements traumatiques infantiles, (syndrome d'abandon, perte d'amour de la part de l'objet, castration, Surmoi excessif...) et dont les contenus conscients ne sont que des substituts. L'inscription mnésique sert dans la mise à l'épreuve du système défensif lors de la représentation actuelle,

⁹⁷ FREUD S. (1894-1899) *"Sigmund Freud œuvres complètes. tome III"*, PUF, Paris, 1989, §318

réel ou fantasmé de ce qui a été traumatisant dans l'événement. Le rôle essentiel du moi dans l'équilibre interne serait celui de sauvegarder le principe de plaisir et d'y répondre. Dans la crainte de rompre l'équilibre difficilement atteint, (et qui ne l'est que partiellement), le sujet établit un état de prévoyance c'est à dire d'anticipation à un danger potentiel pour accélérer le processus défensif en déclenchant un signal d'angoisse. Cette anticipation développe la peur de la perte de l'objet, l'angoisse d'abandon est ancrée dans la mémoire infantile archaïque. Le signal d'angoisse correspondrait à la réactivation d'un facteur traumatique passé.

Ainsi dans la névrose d'angoisse : l'angoisse originelle n'a pas été surmontée et l'évaluation du moi face au danger est erronée. La tentative de maîtriser l'angoisse est quasiment toujours vouée à l'échec. La crise d'angoisse résulte de cette angoisse débordante, le moi est désorganisé, paralysé, il reste passif, sans réaction défensive donc sans élaboration psychique. Le moi déclenche un signal d'angoisse suivi d'une mobilisation défensive.

Nous avons vu précédemment que l'angoisse névrotique correspond à une angoisse devant un danger fantasmatique d'une part, et à un signal face à un danger réel et pathologique dans son développement d'autre part. L'angoisse, dans son processus conduit à des accès d'angoisse, et cet aspect « panique » nous amène à chercher le processus inconscient qui la génère et qui crée la répétition. Les symptômes somatiques tiennent lieu « d'attaque d'angoisse », ils « mettent en acte l'angoisse » (P-L Assoun, 2004).

1.1. L'angoisse de mort

Le désinvestissement libidinal du moi et la résignation narcissique renvoient au sujet un sentiment de haine, d'abandon du surmoi qui correspond à un vide, une perception inquiétante et alimentent l'obsession gravitant autour de la mort: la pulsion de mort.

Le vécu d'anéantissement annonce l'anticipation et la crainte du vide, de la fin, que ce soit du principe de plaisir ou de la désagrégation de la vie biologique. La mort est présente partout, d'où le désarroi devant la maladie, devant les symptômes somatiques qui rendent imminente cette angoisse de la mort et la mort elle-même. L'angoisse de mort est comparée à la crainte du vide. Didier Anzieu montre que le vide pourrait presque être la métaphore de l'angoisse, « analogon » tellement il semble bien le définir dans la perception et le discours des "angoissés". A partir du vide, qui fait référence aux écrits de Pascal, interviennent les concepts de limites et des contenants du contenu. Limites du clivage entre le trop « d'excitation pulsionnelle » et le vide, logique contradictoire des conflits intrapsychiques,

entre réalité psychique et réalité extérieure, entre dedans et dehors... L'action de penser soustrait du vide en donnant forme aux pensées : effraction, effroi, effondrement, bord... autant d'expressions pour une tentative de représentation du vide impensable, insaisissable. Le principe de constance suppose que le principe de plaisir tende au zéro absolu, il repose sur le « principe de Nirvana », tel que le présente S. Freud dans « Au delà du principe de plaisir ». Et lorsque le principe de plaisir réduit les tensions à zéro, il est « au service de la pulsion de mort », vers une décharge absolue qui peut conduire à l'anéantissement du sujet.

La représentation de mort et le deuil communiquent dans la réaction à la perte, supposant le renoncement à l'objet en le reconnaissant comme mort et en impliquant sa dévalorisation et sa mise à mort. Cette perte d'amour réactiverait les situations d'abandon des angoisses archaïques, en particulier au moment où le bébé perçoit ses propres pulsions comme susceptibles de détruire l'objet qu'il aime (sa mère) et dont il dépend entièrement. La culpabilité va naître des réminiscences infantiles d'agressivité libérée par la perte réelle ou imaginaire. L'accès d'angoisse provient d'une impression de mort imminente, de dépersonnalisation accompagnée de nombreux troubles physiques. Cette angoisse de mort représente "l'angoisse pour la vie" dans la projection du surmoi sur la réalité extérieure. L'angoisse de mort va à l'encontre de l'équilibre intrapsychique du sujet qui s'articule autour du principe de plaisir. L'angoisse n'est que la conséquence du déplaisir, de l'échec de l'aboutissement du principe de plaisir. Les motions pulsionnelles soumises aux influences plaisir-déplaisir décrivent la polarité économique, ceci pourrait expliquer l'évolution symptomatique du trouble anxieux. L'afflux d'excitations devenu excessif par rapport à la tolérance de l'appareil psychique, met hors jeu le principe de plaisir, contraint à bloquer l'excès d'excitation.

Le vécu d'anéantissement et de l'angoisse du vide qui en découle, montre une figure de l'approche processuelle de l'angoisse paroxystique : un excès sous forme de débordement et d'un excès de réduction jusqu'à l'annihilation.

1.2. L'angoisse automatique

L'angoisse automatique, pour S. Freud, s'oppose au signal d'angoisse et est distincte de l'angoisse devant un danger réel – extérieur –. Laplanche et Pontalis la définissent en 1967 comme

« Réaction du sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation, traumatique c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser ».

Le Moi déclenche le signal d'angoisse pour éviter d'être débordé par le surgissement de l'angoisse automatique, qui définit la situation de détresse devant laquelle le moi est sans recours. Le signal d'angoisse agit selon le principe de plaisir et le principe de déplaisir : l'enfant se protège du déplaisir et réagit à l'avance devant une situation qui devient répétitive dans le déplaisir. Lorsque le sujet se trouve impréparé face à la situation – angoisse automatique –, il ne peut mettre en place une opération de défense. Le précurseur d'angoisse automatique de l'adulte est à la base de toute réaction défensive mais surtout la révélation de l'épreuve, de l'échec du moi dans le rétablissement d'équilibre intrapsychique. Le Moi, submergé par un afflux d'excitations internes correspondant à la force pulsionnelle du Ça, va être dans l'incapacité d'élaborer une stratégie défensive. Il se trouve confronté à la même expérience d'échec de résolution, d'impuissance ressentie dans la prime enfance. Il y a une concomitance entre vécu présent et vécu passé. Si l'on observe la scène d'émergence de l'angoisse automatique, le facteur extérieur est considéré par l'individu comme déclencheur de l'angoisse perçue, par sa réaction physiologique en provenance du corps, alors qu'il n'est objectivement qu'insignifiant. Seulement, il met à jour une angoisse névrotique devant la pulsion, un excès d'excitation. Le vécu est éprouvé comme la reproduction à l'identique d'une situation traumatique infantile mais non localisable à l'état conscient. Le sujet n'a pas de référence objective d'où le trouble devant une manifestation incomprise.

L'angoisse automatique va surgir d'une manière spontanée, incontrôlable, sans préambule. L'angoisse automatique semble être une angoisse "pure", non localisable, sans objet et crée, par conséquent, la peur du déclenchement désordonné, dans n'importe quelle situation difficile. Le sujet se retranche de la vie, se place dans une situation d'évitement de tout vécu, de tout événement qui pourrait renvoyer à la perte, à la menace du déclenchement d'une détresse psychique et d'angoisse. Lorsque le Moi est débordé par les pulsions, l'angoisse est assimilée à l'effroi, c'est-à-dire une angoisse automatique, sans préparation. D'où la distinction faite par S. Freud, dans "Inhibition, symptôme et angoisse", de l'angoisse signal utilisée comme « pare-excitation » et de l'angoisse automatique vécue comme une « effraction ». Cet effroi, ce débordement du moi décrit un fonctionnement similaire au désir : le moi fonctionne, dans ce débordement, comme le désir. L'angoisse automatique, ne nécessite pas la médiation du signifiant, elle se situe du côté du fantasme. L'angoisse

automatique sans représentation proviendrait directement du Ça dans le Moi, l'appareil psychique débordé par l'afflux d'énergie "non liée" perturbe l'organisation du Moi. La description de ce débordement dans le Moi est reprise par A. Green :

« Dans le cas de l'angoisse automatique-traumatique, il est supposé que l'angoisse est due à une manifestation directe du Ça, envahissant et débordant les possibilités défensives du Moi, induisant un état de panique, d'impuissance, de désespoir. (...) Le moi ne peut que subir l'angoisse, et ses possibilités de réponse étant paralysées, toute élaboration psychique se traduit par un échec complet des défenses »⁹⁸.

Lors de la répétition d'angoisse, le Moi devient dépendant du Ça, et génère un accroissement de la disposition d'anticipation. L'inadaptation en rapport aux faits extérieurs amène le sujet dans une désorganisation complète: reflet de l'incapacité du rôle médiateur et régulateur du moi entre la réalité extérieure, les forces du Ça et le Surmoi. C'est aussi un mécanisme réactionnel à un manque de satisfaction de jouissance et qui contribue au sentiment de frustration et de révolte.

Nous insistons sur l'idée de mouvement pulsionnel pour définir notre concept d'angoisse paroxystique. Ce mouvement pulsionnel a été développé par R. Roussillon. Il développe cette progression en reprenant les concepts d'angoisse automatique – comme fortement affecté et qu'il nomme « affect passion » – et d'angoisse signal – comme « affect sensation » –. Le paroxysme, l'excès de « l'affect passion », assimilé à un affect « introjecté, déferlante » et que R. Roussillon⁹⁹ associe à ce que S. Freud, dans "Inhibition, Symptôme, Angoisse" représente comme « ébranlement traumatique de tout l'être » renforce notre conception d'une angoisse agissant sous une "forme passionnelle". De cette manière, nous percevons, non seulement un mouvement mais également une perte de temporalité : une angoisse diffuse, toujours réactualisée par les répétitions des traumatismes du passé qui s'amalgament au présent. La spécificité de l'angoisse paroxystique réside dans sa progression croissante extrême.

Yves Morhain résume l'existence d'une forme pulsionnelle de déliaison représentée sous la forme :

⁹⁸ A.GREEN, *"Le discours vivant"*, PUF, Le fil rouge, Paris, 1973, 1992, p95

⁹⁹ R. ROUSSILLON, *"Affect passion, affect signal"*, colloque international « *Affect et symbolisation* », 12 et 13 avril 2008, Université Lumière Lyon 2.

d'« une pulsion de mort qui va désigner à la fois, pour S. Freud : la compulsion de répétition, le principe de Nirvâna et la réduction des tensions, la tendance à la destructivité et à la destruction »¹⁰⁰.

Les formes prises par l'angoisse automatique et ses relations au Ça vont constituer l'aspect économique, débordant de l'angoisse paroxystique.

1.3. Le refoulement :

Pour S. Freud, toute énergie est pulsionnelle et provient de la libido ou du désir. Par conséquent, l'angoisse en tant qu'énergie pulsionnelle est de la libido inassouvie, insatisfaite qui cherche son objet mais qui reste maintenue par quelque chose en état de refoulement. Ce qui est refoulé, c'est la pulsion, et la réalisation du refoulement est assujettie à l'affect.

« L'objet de la pulsion est ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but »¹⁰¹.

La régulation ou la tentative de résolution de l'angoisse devant la poussée pulsionnelle passe par le refoulement. Les conflits d'origine pulsionnelle se jouent entre les désirs et les défenses et, le refoulement correspond « à une tentative de fuite du moi devant la libido », éprouvée comme un danger. Le but du refoulement est de faire "taire" l'affect désagréable afin d'amoindrir l'intensité de l'angoisse : il s'agit, en quelque sorte que l'affect d'angoisse soient tenus à distance. Ceci vient souligner l'acceptation d'une séparation entre l'affect et la représentation. S. Freud voit que le rêve, dans sa fonction organisatrice, tient lieu de modèle de cette séparation entre affect et représentation.

Les 1ères irruptions d'angoisse sont antérieures à la différenciation du Surmoi, le Surmoi délimite les refoulements originaires des post-refoulements. Les refoulements originaux résulteraient de la force excessive de l'excitation et de l'effraction du pare-excitation. Ils exerceraient une influence attractive aux refoulements postérieurs. Ceci permet de considérer que l'angoisse n'est pas engendrée par le refoulement mais provient d'images mnésiques

¹⁰⁰ Y. MORHAIN, "Les avatars de la pulsion de mort et la civilisation : destructivité et « fonction désobjectivante »" in "La destructivité", les cahiers du CRPPC, N°18, nov 2007, p 161

¹⁰¹ Freud, 1915 a

originaires¹⁰². La libido ressentie doit être contenue, parce que perçue comme irréalisable elle est transformée en angoisse:

« ...on ne peut écarter l'idée que la libido des processus du Ça subit une perturbation sans l'incitation du refoulement. Il peut donc continuer à être exact que, dans le refoulement, de l'angoisse se forme à partir de l'investissement libidinal des motions pulsionnelles »¹⁰³.

Or, dans l'angoisse, l'affect n'est pas refoulé. Le processus du refoulement réduit le « quantum d'affect » mais ne l'annihile pas. Le refoulement le restreint à son aspect le plus élémentaire, dégagé de toute représentation, il permet alors de qualifier l'angoisse d'angoisse pure : il exprime ainsi l'angoisse dite « automatique ». Séparé de la libido, l'affect « pur » crée une décharge motrice déqualifiée, sans objet. C'est dans ce sens, séparé de son objet fantasmatique que l'angoisse devient sans représentation, sans objet. Elle représente une simple décharge d'affect « pur », d'où la perception et le sentiment chez le sujet, d'une irruption d'angoisse non spécifiée, une angoisse flottante renforcée, fortifiée par la répétition. L'angoisse n'est par conséquent pas refoulée mais séparée de ses signifiants.

Le but du refoulement est de spécifier cet affect. Dans "Inhibition, symptôme et angoisse", S. Freud montre que l'angoisse, dans le processus défensif est un motif pour le refoulement, l'introduit, en est la cause. Si le refoulement sépare l'affect de sa représentation que devient son signifiant ? C'est en effet le désir qui est refoulé. Il est traduit comme un mode qui fait retour du refoulé sous la forme d'un symptôme.

Cette illustration rend manifeste l'idée de progression. Il s'agit d'une « mise en acte » illustrée par S. Freud lorsqu'il parle en termes d'« Agieren »

2. Eros et Thanatos

2.1 Le fonctionnement pulsionnel

2.2 La pulsion de mort

2.3 Le narcissisme

2.4 Sadisme et masochisme

S. Freud, dans la 2^{ème} topique détermine la place d'Eros et Thanatos. S. Freud se sert volontiers du terme grec Eros pour désigner l'ensemble des deux groupes de pulsions originaires (comprenant pulsions sexuelles et pulsions d'autoconservation) et, le terme

¹⁰² S. FREUD,(1926) "*Inhibition, symptômes et angoisse*" (I.S.A.), PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002§ 120-121

¹⁰³ Idem, § 138

Thanatos n'est utilisé que par analogie pour désigner les pulsions de destruction. Eros est la tendance à la liaison et Thanatos, la tendance à la déliaison. La liaison consiste en la maîtrise de l'énergie libre par la pulsion de vie afin de contrôler les effets destructeurs de la pulsion de mort.

2.1. Le fonctionnement pulsionnel :

Le fonctionnement pulsionnel fait apparaître la compulsion de répétition répondant elle-même aux principes d'Eros et aux pulsions de destructions. Ce qui est répété, dans ce conflit de fixation, c'est l'expérience liée autour d'un fantasme ou d'un souvenir fixe dans l'inconscient et qui tend à resurgir dans d'autres contextes. Dans "au delà du principe de plaisir", S. Freud renvoie la compulsion de répétition au fonctionnement du pulsionnel. Son rôle est de maintenir le principe de plaisir lorsqu'il est confronté au principe de réalité, ou, secondairement, de participer au retour à l'état antérieur dans le but de réduire à néant les tensions – pulsion de destruction –. Elle dégage l'aspect qualitatif de l'affect. Selon son seuil, cet affect stimule la conscience ou la trouble: "l'en trop" peut menacer l'intégrité du moi et de l'appareil psychique, autant qu'un "en moins" (vers le néant) peut entraîner la mort psychique du sujet.

La perception corporelle, dans ce cheminement interne, favorise la décharge interne – versant corporel – et le ressenti plaisir-déplaisir grâce à l'auto observation des modifications et développement interne du corps. Les pulsions érotiques et de destruction sont localisées dans le Ça qui s'enracine dans le soma. Elles possèdent une nature conservatrice. La fonction conservatrice des pulsions de vie et de mort détermine une action de "non vie", restauratrice d'un état antérieur¹⁰⁴. Il s'agit d'une tentative pour ramener l'organisme à l'état zéro, c'est-à-dire jusqu'au Nirvana.

La fonction de décharge est commune au Ça et aux affects, pour S. Freud :

« ...les investissements pulsionnels cherchant la décharge c'est, à notre avis, tout ce qu'il y a dans le Ça »¹⁰⁵.

La transformation de la libido au niveau du Ça en angoisse automatique – c'est le fruit de la pénétration, par effraction, de l'affect dans le conscient – fait partie d'un processus de décharge. Le Ça est le siège des conflits pulsionnels où la dualité affect-représentation est

¹⁰⁴ S. FREUD, "Le problème économique du masochisme", in « *Névrose, psychose et perversion* », PUF, Paris, 1973, 6^{ème} édition, 1998, p287-289

¹⁰⁵ A.GREEN, "Le discours vivant", PUF, coll Le Fil Rouge, Paris, 1973, 1992, p251

associée. L'affect se révèle au conscient lors d'une décharge pulsionnelle: lorsque l'affect atteint la conscience, c'est le plus souvent sous le couvert d'un représentant substitutif au représentant originel, mais s'il arrive plus brusquement, telle une irruption: l'affect se transforme en angoisse.

« Ce qu'on appelle angoisse (affect) automatique, résultat d'une décharge in situ au niveau du Ça qui pénètre par effraction le Moi, est en fait un affect-représentation, où aucune représentation distincte n'est concevable »¹⁰⁶.

Les affects primaires révèlent une angoisse archaïque, le vécu est rapporté à un vécu initial. La signification ne peut apparaître que dans l'après coup, l'effroi et l'impréparation précède la signification.

« L'abréaction est l'irruption dans le champ de la conscience d'un affect jusque là refoulé et maintenu dans l'inconscient en raison de son lien avec le souvenir d'une expérience de douleur ou de déplaisir »¹⁰⁷.

La décharge complète étant impossible – risque de mort psychique –, la structure psychique tente de baisser la quantité pulsionnelle vers un seuil de tolérance et maintenir ce niveau le plus bas possible grâce aux effets de constance. L'action économique est un travail de transformation :

« Dont le passage de l'énergie libre à l'énergie liée est une des tâches majeures, c'est ce travail qui est responsable de la transformation de l'énergie somatique en énergie libidinale entre autres... »¹⁰⁸.

Dans son sens qualitatif, ce n'est pas la décharge qui prime mais son aspect psychique qui constitue ce qu'A. Green appelle "le principe de symbolisation primitive", à savoir l'opposition plaisir-déplaisir. Puis la stimulation de l'affect sur la conscience occasionne un mouvement auto-observateur du changement corporel.

La métapsychologie permet de concevoir les principes de fonctionnement en tant qu'interaction entre des sous-ensembles de fonctions distinctes. Une analogie intervient avec la compulsion de répétition qui vise la restauration d'un état antérieur.

¹⁰⁶ Idem, p253-254

¹⁰⁷ Idem

¹⁰⁸ Idem, "Le discours vivant", p261

2.2. La pulsion de mort

Nous ne pouvons nous interroger sur l'autodestruction sans réfléchir sur le destin de la pulsion de mort. La pulsion de mort constitue la pulsion désorganisatrice.

A. Green examine et revalorise le concept de pulsion de mort de la théorie freudienne des pulsions. A. Green, dans "Narcissisme de vie, narcissisme de mort" et dans "Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort?", va redonner tout le sens et la place au concept de pulsion de mort parfois controversée. S. Freud insiste, en 1938 dans « l'abrégé de psychanalyse », sur la nécessité de reconnaître les deux pulsions et leurs buts antagonistes:

« Après de longues hésitations et de longues tergiversations, nous avons résolu de n'admettre l'existence que de deux pulsions fondamentales : l'Eros et la pulsion de destruction ...le but d'Eros est d'établir de toujours plus grandes unités, donc de conserver : c'est la liaison. Le but de l'autre pulsion au contraire est de briser les rapports donc de détruire les choses. Il nous est permis de penser de la pulsion de destruction que son but final est de ramener ce qui vit à l'état inorganique et c'est pourquoi nous l'appelons aussi pulsion de mort »¹⁰⁹

Le principe du Nirvâna partagerait alors le but de la pulsion de mort. Les trois principes : du Nirvâna, de plaisir et de réalité représentent les grands états pulsionnels.

« Le principe de Nirvâna exprime la tendance de la pulsion de mort ; le principe de plaisir représente les demandes de la libido ; et la modification de ce dernier principe, le principe de réalité, représente l'influence du monde extérieur »¹¹⁰

Les fonctions des pulsions concernent la défense et l'accomplissement des pulsions d'autoconservation: pulsions de vie, contre les effets des pulsions de destruction: pulsion de mort. L'opposition entre la pulsion de vie, alimentée par le processus de liaison, et la pulsion de destruction, alimentée par le processus de déliaison, aménage dans ce double conflit d'intrication-désintrication pulsionnelle un panel d'états de tensions et de décharges qui différencient les pulsions provenant du Ça. Au niveau du Ça « l'affect, indistinct de la représentation est irreprésentable » et en recherche de représentation.

¹⁰⁹ Citation reprise de FREUD, "Abrégé de psychanalyse", p8 par Benno ROSENBERG : "Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie", 3^{ème} édition, PUF, 1991, 1993, p 125.

¹¹⁰ S. FREUD : « le problème économique du masochisme » in " *névrose, psychose et perversion*", PUF, Paris, 1973, p 288.

2.3. Le narcissisme :

Le narcissisme va être étudié dans son sens de concept car c'est à partir du narcissisme que les articulations avec la pulsion de mort vont apparaître de manière plus probante.

1- L'identification primaire : sous sa forme régressive, l'organisation conflictuelle révèle une part de narcissisme. A. Green met en évidence le rôle d'étayage que S. Freud fait jouer au narcissisme. Et seule la mélancolie garde son existence au narcissisme décrit comme « l'expression d'une pure culture de la pulsion de mort ».

2- L'effondrement psychique : A. Green montre les processus permanents d'intrication et de désintrication en jeu: construction-destruction, amour-haine.... Dans l'objectif des pulsions de vie, l'objet malgré l'ambivalence devient central et supprime le moi.

3- La honte est un affect primaire, entièrement narcissique à la différence de la culpabilité inconsciente.

4- La pulsion de mort et la négativité : narcissisme négatif et négativité

1- L'identification primaire :

Dans sa première expérience du manque, le sujet établit un rapport entre la réalisation hallucinatoire du désir et l'expérience de satisfaction. Le désir fait prendre conscience d'une certaine séparation. L'identification va permettre de trouver des solutions pour assurer les besoins vitaux et élaborer par la suite des issues pour combler le manque de la part de l'objet. L'identification supprime la représentation à l'objet: dans l'identification primaire, c'est la fusion du moi avec l'objet qui la retire. L'altérité doit être reconnue par la suite pour permettre la distinction du Moi et du non-Moi et admettre l'existence de l'objet à l'état séparé.

La recherche de l'objet originaire passe par le déplacement vers un objet de substitution: ce déplacement construit le fantasme fondamental, il ne remplace jamais l'objet primordial – leurre – mais alimente la quête vers de nouveaux investissements de satisfaction pulsionnels plus ou moins sublimés par l'intermédiaire de la libido. Les accomplissements du narcissisme idéalisant la fusion avec l'objet primaire convoque le désespoir: « la confusion du moi avec l'objet idéalisé n'est plus à portée » et cet échec de retrouvaille de l'unité va inverser le processus pulsionnel vers le "néant", la pulsion de mort intervient dans une tentative de décharge pulsionnelle.

2- L'effondrement psychique

« Angoisses narcissiques et angoisses psychotiques »¹¹¹. Il s'agit du narcissisme, au sens freudien, de la libido d'objet et de la libido du Moi. Ce narcissisme au sens du Président Schreber : narcissisme pulsionnel, où l'investissement objectal est difficile et dont la pathologie fondamentale est la dépression essentielle dans son versant d'effondrement. Cet « effondrement » psychique est retrouvé chez des sujets aux comportements excessifs d'inhibition, et révélant des symptômes d'angoisse, d'épuisement, d'hypocondrie, de cogitation morbide.

A. Green interprète ce narcissisme sur un mode œdipien : désir de mort du père – qui va contribuer au développement de culpabilité envers le père – et une emprise maternelle. C'est ce qu'il appelle le « narcissisme moral ».

« Le narcissisme moral dans ses aspects les plus nets et les plus caractérisés nous paraît répondre à une situation intermédiaire entre rejet et désaveu, entre *Verwerfung* et *Verleugnung* : nous signalons donc ici la gravité de sa structure, qui la rapproche des psychoses » ... « Toutefois, il ne s'agit pas, comme dans la psychose, d'un refoulement de la réalité, mais plutôt d'un déni, d'un désaveu de l'ordre du monde et de la participation personnelle que le désir du sujet y prend »¹¹².

Toute la dimension angoissante figure la transposition du rapport à l'objet interdit : l'investissement d'objet est récusé par le Moi et A. Green l'attribue à une dimension des plus archaïques et qu'il surnomme « le désir de non-désir ». Le narcissisme transfère le désir de l'Autre vers le désir de l'Un. Le défaut d'accomplissement unitaire inverse les tendances du désir, qui devient désir de non-désir et la mort prend "la figure d'Être absolu". Elle délivre de tout désir: « la réalisation hallucinatoire négative du désir est devenue le modèle qui gouverne l'activité psychique ».

Le concept de narcissisme est un concept miroir qui traite de l'unité du moi et met en exergue le clivage du moi et la pulsion de mort. Le clivage serait la partie silencieuse de l'harmonisation interne, un aménagement défensif lorsque la souffrance est trop intense. La somatisation serait une voie de rééquilibre énergétique résultant du clivage.

Le « destin particulier de la pulsion de mort, dans les états limites, (...), ce qui est visée est d'emblée l'interne qui est le lieu même où, par clivage, la pulsion de mort s'est emmagasinée et stasée, devenant alors *ulcérante* » (...) « avec les états

¹¹¹ A. GREEN, "Narcissisme de vie, narcissisme de mort", Les Editions de Minuit, Paris, 1983, p 145

¹¹² A. GREEN, "Narcissisme de vie, narcissisme de mort", Les Editions de Minuit, Paris, 1983, p 189

limites, il y a plutôt *contre-investissement mortel* du fonctionnement mental donnant lieu à ce vide (...), on peut comprendre combien l'état limite est le *visage caché* de la névrose »¹¹³.

Le point d'articulation du narcissisme et de la pulsion de mort prend sens dans la recherche de néantisation, par arrêt endogène de la vie. Il ne s'agit pas d'une démission culpabilisante mais d'un rejet du Moi par effet négatif de l'Idéal du Moi. L'idéal du Moi est un principe émergeant dans un temps second, avec l'acquisition du symbolique, il se construit sous l'influence et conjointement au Surmoi. Il met le sujet dans une disposition de soumission à ces instances sans quoi il ressent des sentiments de culpabilité ou de honte.

3- Sentiments de culpabilité et de honte :

La honte, à la différence de la culpabilité, est un affect entièrement narcissique.

Dans la culpabilité le sujet s'expose à la sanction de l'Autre, il craint le jugement de l'autre et donc son regard. Il construit l'Autre en tant qu'Autre. La culpabilité fait référence à la notion de « dette psychologique ».

Tandis que dans la honte, l'Autre est tenu à distance. C'est la préservation de soi sous un mode négatif. La honte fait toujours appel à la pitié, le sujet cherche la compassion de l'autre. Le sujet, par le sentiment de honte prend une position de victime. Ruwen Ogien relève que la honte a une structure intentionnelle propre : on remarque que la honte *de* quelque chose et la honte *pour* quelqu'un – le sujet occupe totalement le lieu de l'Autre – engendrent le même effet physiologique et n'est pas distingué par le sujet. Les pathologies narcissiques passent de la honte *de* à la honte *pour*.

4- Narcissisme "négatif " et négativité

Le narcissisme "négatif " :

A. Green désigne ce lien entre narcissisme et pulsion de mort: "le narcissisme négatif". – et non pas le contraire du narcissisme qui, lui, constituerait "l'irréductibilité de l'objet" –. A. Green différencie le narcissisme négatif au masochisme :

« La différence est que le masochisme – fût-il originaire – est un état douloureux visant à la douleur et à son entretien comme la seule forme d'existence, de vie, de sensibilité possible. A l'inverse, le narcissisme négatif va vers l'inexistence,

¹¹³ D. ROSE, "L'endurance primaire", PUF, 1997, p 313

l'anesthésie, le vide, le *blanc*, que ce blanc investisse l'affect (l'indifférence), la représentation (l'hallucination négative), la pensée (psychose blanche) »¹¹⁴

Le narcissisme positif deviendra négatif lorsque le repli narcissique devient un contre-investissement insuffisant.

« Le négatif au sens de contraire du positif : le bon devient mauvais, et négatif au sens de la néantisation où Moi et objet tendent vers la nullification mutuelle »¹¹⁵.

Le négatif renvoie au concept de la néantisation.

La négativité :

La négativité, qui est au centre de nos préoccupations, vient renforcer l'analyse du processus autodestructeur de l'angoisse. La crise suicidaire est l'illustration même du travail du négatif. André Green donne du sens à la pulsion de mort en l'associant au travail du négatif et de l'affect. Le négatif est ce qui se trouve aux limites de la représentation, les principes de la négativité façonnent les limites de la représentation en contenant de désir. La négation, selon S. Freud, vient libérer des conséquences du refoulement. La négativité est une opération du langage – ni oui ni non – et le travail du négatif s'étend à l'ensemble des instances de l'appareil psychique.

La négativité « est ce qui s'apprécie comme cause absente rétroactivement déduite à partir d'un travail qui renvoie à une réalité à la fois recouverte et déplacée et où l'activité de pensée se donne toujours sous les auspices du concret » (...), du côté de la psychanalyse, « le détour du recouvrement et du remplacement passe par le négatif »¹¹⁶.

Le négatif prend une valeur fondatrice avec A. Green. Les concepts autour du négatif qu'il développe : concept de travail du négatif, de narcissisme négatif, de fonction désobjectalisante et celui d'hallucination négative de la mère dans son rapport à la structure encadrante.

L'hallucination négative aborde, par un double retournement pulsionnel – contre soi et son contraire –, la différenciation de la mère avec l'enfant qui devient accessible par la représentation, la "trace" mnésique permet l'accès de l'absence maternelle – la trace négativée du moi-peau de la mère –. C'est l'Idéal du Moi qui va satisfaire le narcissisme négatif, « celui qui dissout l'image du sujet dans le vide affectif »¹¹⁷. A. Green utilise le concept de miroir de J. Lacan pour illustrer l'hallucination négative, elle correspond au vide dans le cadre du

¹¹⁴ André GREEN, "*Narcissisme de vie, narcissisme de mort*", Les éditions de Minuit, Paris, 1983, p 39

¹¹⁵ A. GREEN, "*Narcissisme de vie, narcissisme de mort*", Les Editions de Minuit, Paris, 1983, p 147

¹¹⁶ A.GREEN, "*Le discours vivant*", PUF, Coll du Fil Rouge, Paris, 1973, 1992, p336

¹¹⁷ A.GREEN, "*Le discours vivant*", PUF, Coll du Fil Rouge, Paris, 1973, 1992, p267

miroir, où le sujet découvre avec effroi que l'espace est vide de représentation: il n'existe plus, il a perdu l'altérité qui l'habite. La montée d'angoisse coïncide avec l'affect de perte de l'objet. L'affect et la représentation se sont dissociés. Le Moi cherche cette représentation afin de combler cette "hallucination d'absence",

« l'image est recouverte par une hallucination de manque », « le sujet est renvoyé à sa seule présence corporelle comme vécu », « l'affect, dans le cas de l'hallucination négative totalise à lui seul tout le pouvoir de la représentation »¹¹⁸.

Le négatif intervient dans le clivage et le désaveu – le déni –.

Le clivage : intersection de l'espace interne et de l'espace externe dans l'aire intermédiaire, grâce au double retournement, renforce la "clôture" interne qui double le pare-excitation – se construit à partir de la négativation de la présence de l'objet–. La forme de négation la plus désintriquée est représentée par le mécanisme de défense psychotique du désaveu, il est réalisé par le clivage du moi et décrit parfaitement l'action d'expulsion de la pulsion de mort. Le désaveu: le travail du négatif empêche tout choix et tout investissement positif, par exemple, le désaveu de la castration de l'Homme aux Loups qui "n'en veut rien savoir" de la castration. Le ressenti du « vide » d'objet n'est supportable pour le sujet que par l'action du déni, selon B. Rosenberg, « tout déni s'accompagne d'un vécu masochique inconscient, masochisme qui lie et maîtrise la souffrance inconsciente du vide de l'objet dénié ». L'hallucination positive vient compenser l'objet manquant, remplir le vide en libérant un espace pour la projection de la représentation inconsciente, grâce à l'émergence des représentations, elle devient source de l'auto-organisation et de la réflexivité. A l'inverse du désaveu, la dénégation névrotique est la forme la plus liée, la plus intriquée pulsionnellement, elle est une condition pour le sujet d'assumer sa conflictualité interne, la projection sur un objet extérieur tient lieu d'apaisement de l'angoisse. La répétition peut-être définie comme une forme de négation de l'objet.

2.4. Sadisme et masochisme :

Le masochisme est l'expression centrale de la pulsion de mort, il provient de l'ajout de la fonction sexuelle à la pulsion de mort. L'agressivité n'est que la partie projetée à l'extérieur.

En restant positionné du côté de l'intrication pulsionnelle, qui dépend de l'objet, nous allons montrer comment le masochisme est toujours lié à la pulsion de mort. B. Rosenberg définit l'intrication pulsionnelle comme étant l'érotisation de la destructivité issue de la pulsion de

¹¹⁸ Idem, p 275

mort, donc du déplaisir qu'accompagne cette destructivité, ce qui est le propre du masochisme¹¹⁹.

La relation du sadisme avec le masochisme :

Le sadisme apparaît lorsque la pulsion de mort (destruction, sadisme) se joint à la libido (narcissique puis objectale). Il existerait à l'intérieur de l'Eros des pulsions sadiques qui nuisent à l'objet. S. Freud écrit :

« Le sadisme entre au service de la fonction sexuelle, au stade de l'organisation orale de la libido, l'emprise amoureuse sur l'objet coïncide encore avec l'anéantissement de celui-ci ; plus tard, la pulsion sadique se sépare et finalement, au stade où s'est instauré le primat génital, en vue de la reproduction, elle assume la fonction de maîtriser l'objet sexuel dans la mesure où l'exige l'accomplissement de l'acte sexuel »¹²⁰.

Ainsi le sadisme est élaboré secondairement au masochisme et est une composante de la pulsion sexuelle développée de la phase prégénitale sadique orale, au stade oral.

« Le masochisme passe en sadisme par projection et le sadisme passe en masochisme par introjection »¹²¹. Le sadisme « c'est un masochisme vécu projectivement à travers l'objet, une défense nécessaire par rapport au masochisme primaire qui sans cela occuperait toute la place, isolerait le moi de l'objet et deviendrait ainsi mortifère »¹²²

Le masochisme :

Le retournement de l'agressivité sur le moi propre correspondrait au masochisme en tant que retournement du sadisme sur le moi-propre. Le masochisme participerait au processus de régression de la pulsion de mort. Le masochisme se décline en : 1- masochisme primaire, 2- masochisme secondaire et 3- masochisme moral. Le masochisme primaire, sera investi par la libido, l'érogénité correspondra à la recherche de la douleur comme forme de plaisir. Lorsqu'il se situe à partir du sadisme, il s'agit du masochisme secondaire qui correspond à la recherche du plaisir par la passivité : être battu, être attaché, ... Tandis que le masochisme

¹¹⁹ Benno ROSENBERG : *"Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie"*, 3^{ème} édition, PUF, 1991, 1993

¹²⁰ S. FREUD : (1916-1920) *"Au delà du principe de plaisir"* in œuvres complètes, tome XV, PUF, 1996, p327, § 58

¹²¹ Benno ROSENBERG : *"Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie"*, 3^{ème} édition, PUF, 1991, 1993, p 46

¹²² Idem, p 82

moral représente un sentiment de culpabilité, le plus souvent inconscient. Cette forme relève parfois d'un besoin d'autodestruction, lui-même référent à la pulsion de mort. Le masochisme préserve de la désintringement de la pulsion de mort en maintenant l'excitation pulsionnelle – le plaisir du déplaisir – et par conséquent empêche la réduction des tensions à zéro.

1- Le masochisme primaire :

Le masochisme érogène primaire va constituer le fondement masochique. L'érotisation de la douleur et du déplaisir du masochisme primaire va tout d'abord permettre – dans son implication dans la relation d'objet –, au nourrisson de supporter la détresse infantile, de différer le besoin et freiner l'impulsivité de la demande. S. Freud décrit le masochisme primaire comme « le trait d'union » entre l'organique et le psychisme, il permet au sujet de se reconnaître différencié et par conséquent de faire apparaître le moi archaïque.

Le « masochisme mortifère » selon B. Rosenberg, se manifeste lorsque la désintringement :

« Au fur et à mesure qu'elle se réalise, le masochisme se rapproche de la pulsion de mort et acquiert ainsi une potentialité mortifère. (...) Ceci se retrouve dans les mélancolies graves, où la désintringement affaiblit l'organisation masochique du moi et augmente ainsi le risque suicidaire. Le masochisme érogène primaire qui constitue le Moi-sujet et est gardien de sa survie peut donc devenir dans certaines conditions un masochisme mortifère, menace fondamentale à la survie psychique du Moi »¹²³

Ce en quoi le masochisme se joint au processus de l'angoisse paroxystique qui, dans son excès, désorganise le moi. La destruction de l'objet se mue en autodestruction du sujet lui-même.

2- Le masochisme secondaire : revendication inconsciente et culpabilité

Le masochisme secondaire s'applique à l'identification structurelle du sujet. S. Freud décrit trois formes de masochisme secondaire mais le masochisme moral constituera une place à part entière:

- Le masochisme "féminin", sous le trait de la passivité. Il « repose entièrement sur le masochisme primaire, érogène, le plaisir de la douleur ». Il se confond au

¹²³ Benno ROSENBERG : *"Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie"*, 3^{ème} édition, PUF, 1991, 1993, p 81

masochisme érogène et résulterait du retournement de l'activité en passivité¹²⁴ – du but pulsionnel actif en but passif –.

- Le masochisme "pervers" dont le sujet se sert pour masquer la castration de l'autre. Le sujet pervers s'identifie à l'objet perdu.
- Le masochisme "moral" se spécifie par l'action du conflit Ça/Surmoi.

Le masochisme secondaire serait lié au réinvestissement du masochisme primaire, la régression de la pulsion sadique – "masochisme vécu projectivement à travers l'objet" (B. Rosenberg) – de sa projection vers l'extérieur qui est ensuite ré-introjectée. Le masochisme secondaire maintient l'érotisation primaire. L'introjection, telle qu'elle est définie par S. Ferenczi, peut donner sens au masochisme secondaire :

« ... extension des intérêts auto-érotiques du corps propre à d'autres corps, élargissement du moi, et inclusion d'objets dans le moi (...). L'introjection opère un va-et-vient entre le narcissisme primaire et l'intérêt objectal ; elle transforme les incitations pulsionnelles en désirs ; elle sert de médiatrice entre l'inconscient et les objets ; la perte d'un objet peut faire cesser ce processus. « La visée de l'introjection n'est pas la compensation mais la croissance ». (...) « On introjecte non l'objet mais les stimulations qu'il a engendrées », et (S. Ferenczi) de conclure : « L'incorporation correspond à un fantasme et l'introjection à un processus »¹²⁵.

Le masochisme secondaire, dans les psychoses se trouve sous l'expression de la passivité accentuée par une impuissance.

3- Le masochisme moral

Lorsque le masochisme représente le Surmoi, celui-ci devient « culture pure de l'instinct de mort ». Le masochisme moral intervient lors du changement d'identification : le changement d'objet fait intervenir le désir de destruction de l'objet primaire et fait entrer le sujet dans la culpabilité œdipienne et dans son rapport avec le Surmoi. Dans le masochisme moral c'est le sentiment de culpabilité qui est érotisé, le sujet l'investit masochiquement pour pouvoir supporter le sentiment de culpabilité inconscient et l'apaiser. Le sentiment de culpabilité inconscient est considéré par S. Freud comme « la 3^{ème} forme sous laquelle apparaît le

¹²⁴ Le retournement pulsionnel de l'actif au passif est décrit par Freud dans « métapsychologie », précisément dans les pages 33, 34, 35 et nous servira dans la 3^{ème} partie pour déterminer les positions passives et actives des sujets.

¹²⁵ Didier Anzieu : "Créer, détruire", Dunod, Paris, 1996, p 236

masochisme »¹²⁶. La culpabilité serait le fait du Surmoi et la punition infligée correspondrait au masochisme investi – le besoin de punition –. Le masochisme moral apparaît tout particulièrement dans la réaction thérapeutique négative et exprime ce que nous préciserons dans la deuxième partie sous les termes de "bénéfice secondaire" à la maladie ou à la douleur où le sujet "paie" inconsciemment sa "dette psychologique".

« Dans sa modalité la plus évoluée et la plus cachée, le masochisme moral transgresse l'interdit surmoïque, pas essentiellement pour se satisfaire libidinalement, mais pour susciter sa *propre* culpabilité, l'érotiser et en jouir masochiquement. C'est la jouissance du sujet de ses propres sentiments (culpabilité), c'est-à-dire de soi-même. »¹²⁷

Il trouve son expression notamment chez l'obsessionnel. La pensée obsessionnelle sert à protéger le sujet d'une pulsion de passage à l'acte agressif. Ces pensées apparaissent sous formes d'impulsions, de compulsion ou représentations récurrentes qui s'immiscent dans le champ de la conscience tout en restant étranger au moi. Les compulsions sont apparentées à des commandements internes, répétitifs munis d'un pouvoir incompressible en rapport avec un objet en fonction d'une règle, d'un mode de conduite rigoureux. Le but des compulsions est de réduire la détresse obsessionnelle par des compromis pour empêcher la survenue d'angoisse ou d'un événement "pressenti". Seulement elles engendrent l'action plus contraignante encore du conflit ça / surmoi. Le surmoi augmente encore sa sévérité, son intransigeance pour masquer les pulsions du ça, la tentation du passage à l'acte.

L'angoisse comme voie d'accès à la jouissance peut se dévoiler par le masochisme.

3. Le fantasme

3.1 De Freud à Lacan

3.2 Les fantasmes originaires

3.1. De S. Freud à J. Lacan

La position lacanienne va nous permettre d'introduire le fantasme dans les modes de fonctionnement du passage à l'acte et de l'acting-out.

¹²⁶ S. FREUD : « le problème économique du masochisme » in " *névrose, psychose et perversion*", PUF, Paris, 1973, p 289.

¹²⁷ Benno ROSENBERG : " *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*", 3^{ème} édition, PUF, 1991, 1993, p 79

Le fantasme est considéré par S. Freud comme une formation de l'inconscient, avec la particularité de pouvoir accéder au préconscient, permettant de cette façon son interprétation par l'intermédiaire des rêves, des lapsus et des symptômes. Alors même que J. Lacan place le fantasme comme formation imaginaire, demeurant inconscient et, par conséquent, le considère comme ininterprétable.

« Le fantasme fait résistance à l'inconscient...il s'enroule autour du Moi imaginaire comme lieu qui maintient le leurre sur ce qu'il en est du sujet et de son désir »¹²⁸.

- Pour S. Freud, les fantasmes sont mis en place dans l'enfance, ils représentent les désirs infantiles refoulés, donc rendus inconscients. Ainsi, les fantasmes inconscients sont organisés par les lois des processus primaires. Ils corrélerent avec les scènes archaïques, l'Œdipe, ..., tout le processus de la formation intrapsychique. Les fantasmes viennent protéger le sujet d'une jouissance démesurée. Les amalgames du vécu, de l'entendu, du supposé, enfin de toute introjection de l'enfance sont réinterprétés par l'enfant et construisent sa vie fantasmatique. De ce fait, S. Freud fait l'association des fantasmes, des rêves avec les désirs inconscients.

- Tandis que J. Lacan décrit le fantasme comme point d'arrêt du désir chez le sujet. Le fantasme se place à l'interface du sujet inconscient du désir et, de la chute de jouissance et apaise ainsi l'angoisse. Il s'agit d'un scénario qui surprend par son caractère énigmatique et dont le récit se répète. Il contient les personnages acteurs de la scène, une action, un affect dominant et une partie du corps engagée dans l'action. J. Lacan va mettre en évidence un fantasme fondamental, en tant qu'il lie le sujet de l'inconscient à un objet, l'objet a). Le fantasme est ce qui unit les deux versants du sujet : le \$ – la marque du désir – et le (a) – cause du désir, et signe d'un manque à être qui limite la jouissance–. D'où le mathème : \$ ◇ a. Le fantasme soutient le désir mais ne le maintient pas.

Le fantasme est le fruit du passage Œdipien, la castration symbolique va illustrer l'orientation du fantasme chez le sujet, à savoir sa position dans son rapport à l'Autre.

Le fantasme du névrosé est situé au lieu de l'Autre. C'est le fantasme qui lui sert le mieux à se défendre contre l'angoisse. L'objet a) fonctionne dans le fantasme, la transposition de la fonction du petit a dans l'Autre : ce que veut l'Autre, c'est son angoisse qui constitue par cela le leurre qui préserve la place du désir. La structure du fantasme met en conjonction le sujet barré avec la demande sous forme de coupure où jaillie la pulsion. La castration, quant à elle

¹²⁸ J.ANSALDI, *"lire Lacan : l'éthique de la psychanalyse, le séminaire VII"*, Editions du champ social, Nîmes, 1998, p 96

est à la limite du cycle régressif de la demande. Le fantasme pare au manque rencontré chez l'Autre, il masque la castration.

« Dans le fantasme, le sujet est fréquemment inaperçu, mais il y est toujours (...).

Le sujet se situe lui-même comme déterminé par le fantasme.

Le fantasme est le soutien du désir, ce n'est pas l'objet qui est le soutien du désir.

Le sujet se soutient comme désirant par rapport à un ensemble signifiant toujours plus complexe. Cela se voit assez à la forme de scénario qu'il prend, où le sujet, plus ou moins reconnaissable est quelque part, schizé, divisé, habituellement double, dans son rapport à cet objet qui le plus souvent ne montre pas plus sa véritable figure »¹²⁹.

La métaphore du fantasme est représentée par l'encadrement de la fenêtre, d'où le rapport du fantasme au réel, de même que cette métaphore va servir de représentation, de scène dans la description et distinction du passage à l'acte et de l'acting-out. La fenêtre apparaît comme la limite entre la scène et le monde.

3.2. Les fantasmes originaires

A. Green, quant à lui, fait allusion aux réminiscences lorsqu'il évoque l'hallucination. Il attribue le retour de souvenirs précoces, perçus, ressentis et non élaborés sous forme de langage à un affect correspondant à une « représentation hallucinée ». Cette représentation hallucinée participe à la construction de fantasmes par combinaisons inconscientes de ressentis et "d'idées" – formées par le langage–.

Les fantasmes originaires – scène primitive, séduction, castration– auraient donc cette particularité de faire revivre des souvenirs sensoriels originaires. Ces réminiscences s'accompagnent d'affects qui, lorsqu'ils rentrent en contact avec le moi, deviennent traumatiques. Fantasmes et affects s'interpénètrent dans leurs fonctions. Le fantasme, où se conjuguent des particules d'interdits originaires et de réalisation de désir, a un effet organisateur du psychisme. Une force, une énergie en mouvement, "impulsive" – aspect quantitatif – et la réminiscence –souvenir perceptif– qualifiante est exprimée dans le fantasme. Le fantasme est un amalgame fait de retour du refoulé – toujours conséquent du refoulement – et de la pulsion canalisée qui ne doit pas être agi. Les fantasmes dévoilent les causes de la réalité psychique en des phénomènes plus ou moins compréhensibles car

¹²⁹ J.LACAN,(1964), *"Le séminaire, livre XI : les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse"*, Editions du Seuil, Paris, 1973, p 207

appartenant à l'inconscient. Ils ne répondent pas au principe de la contradiction. Transportant, dans sa mobilité quelques fragments de réel, l'activité fantasmatique peut, dans sa confrontation avec le moi entraîner une expérience traumatique.

En entraînant une montée d'affect, le fantasme rassemble de "l'énergie libre" en certaines formes de représentations, ce en quoi il participe au travail de liaison énergétique dans un mouvement de décharge. Le fantasme, défini ainsi, peut être interprété comme une disposition, une stabilité des intentions latentes de l'appareil psychique.

Ce cheminement de l'affect correspond à la trace du rapport au corps de la mère. L'action de la représentation – "la représentance" est liée à la perte de l'objet maternel, au deuil et à l'évocation du souvenir de l'absence. Le père est le garant de cette coupure entre la mère et l'enfant. La coupure installe : 1. Des investissements pulsionnels ambivalents, érotiques et agressifs qui feront partis du refoulement primaire et aboutiront à une certaine représentation et participant au fantasme originaire. 2. Des investissements sexuels et tendres, inhibés mais non refoulés. Les fantasmes originaires portant les traces mnésiques subiront les refoulements originaires. Et ensemble, fantasmes et refoulements originaires constituent la base du fonctionnement psychique postérieur: tant pour les refoulements et fantasmes secondaires que pour les rêves, actes manqués....

Le fantasme joue un rôle organisateur lors de l'élaboration intrapsychique des expériences conflictuelles car :

- Le fantasme originaire supporte la perte d'objet et la projection de l'ambivalence amour-haine,
- Et le fantasme complémentaire implique le consentement à la séparation et la trouvaille d'un objet substitutif dans une recherche de satisfaction, sinon il peut revêtir l'agressivité et générer un affect de déplaisir.

4. Le spéculaire :

J. Lacan reprendra donc le bouquet inversé de Bouasse dans son séminaire "Angoisse" pour expliciter la place et la représentation du (- ϕ) et l'objet a). Dans ce séminaire, il positionne i(a) et i'(a) tels que à i (a) correspond l'image spéculaire authentique par l'Autre et i' (a) l'image virtuelle d'une image réelle. Au niveau du vase primordial, dans i'(a) les fleurs n'entrent pas dans le champ donc, l'homme a seulement l'image virtuelle avec rien dans le col

du vase. Le petit a, support du désir dans le fantasme, n'est pas visible dans ce qui constitue pour l'homme, l'image de son désir.¹³⁰

Le phallus n'est pas représenté au niveau de l'imaginaire mais coupé de l'image spéculaire. Le $(-\phi)$, c'est donc le vide du vase, le pot de la castration. Le 1^{er} nœud du désir mâle avec la castration ne peut se produire qu'à partir du narcissisme secondaire, c'est à dire au moment où a) se détache de i(a), l'image narcissique. Il y a là un phénomène qui est le phénomène constitutif de ce que l'on peut appeler le bord¹³¹. L'idée majeure développée dans "inhibition, symptôme et angoisse" est qu'il existe dans le Moi un dispositif qui permet à ce dernier d'éviter d'être débordé par l'afflux d'excitations dans les situations de danger. L'angoisse devient un mécanisme de défense du Moi, alors qu'elle n'était précédemment, d'un point de vue économique, que défaut de maîtrise de l'énergie psychique¹³². Le signal d'angoisse est le signal de l'irruption de ce réel dans l'expérience: l'arrivée de l'objet a) devant la scène de la réalité extérieure. Dans ce symbolisme du réel, il faut entendre le surgissement de l'Autre dans le réel. L'angoisse protège de la jouissance de l'Autre en constituant "un bord", une limite.

J. Lacan se distingue de S. Freud par le sens donné au réel. J. Lacan ajoute au signal d'angoisse, un signal annonçant l'arrivée de l'objet a) « signant la chute de la jouissance pour que surgisse un sujet du désir »¹³³. Les objets a) étant absents du langage et invisibles au miroir, seule la montée de l'angoisse permet de les repérer. Le réel dans l'angoisse n'en constitue qu'une partie. L'angoisse a une autre sorte d'objet que le petit (a). « ... du réel donc et (...) d'un mode irréductible sans lequel ce réel se présente dans l'expérience, tel est ce dont l'angoisse est le signal », « l'irréductible du réel », dans le rapport du sujet à l'Autre: c'est l'objet a), d'où la difficulté d'identifier l'objet du désir. L'Autre apparaît en tant que lieu du signifiant, le surgissement de l'angoisse devient alors une manifestation spécifique du désir de l'Autre, c'est « par la voie de l'Autre que le signifiant a à se réaliser ». L'angoisse est la cause du doute et non pas le doute, il entretient donc l'ambivalence.

L'angoisse « est cette coupure nette sans laquelle la présence du signifiant, son fonctionnement, son sillon dans le réel est impensable. C'est cette coupure s'ouvrant et qui laisse apparaître l'inattendu, la visite, le pressentiment »¹³⁴.

J. Lacan décrit le phénomène de dépersonnalisation comme étant lié au spéculaire et apparaît comme le phénomène le plus connu pour accompagner l'angoisse :

¹³⁰ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, p51-52

¹³¹ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, p256

¹³² J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, chap XI

¹³³ Idem, chap XII, p188

¹³⁴ Idem, chap VI, p92

« Phénoménologiquement, il semble aller de soi que la dépersonnalisation commence par la non-reconnaissance de l'image spéculaire »¹³⁵

Le spéculaire permet d'aborder la place que prend le regard de l'Autre dans le positionnement du sujet face à son désir. Il permet de placer le sujet dans son altérité, dans son intersubjectivité intervenant dans notre problématique.

5. Conclusion

5.1 L'angoisse au centre du processus névrotique

5.2 L'approche processuelle de l'angoisse paroxystique

5.3 L'affect d'angoisse paroxystique

5.4 Le processus comme mouvement évolutif

5.1. L'angoisse au centre du processus névrotique

Avec la névrose d'angoisse, S. Freud dégage une fonctionnalité de l'angoisse et dépasse la seule répercussion des traumatismes "actuelles". Son aspect répétitif souligne son origine dans les traumas originaires, l'inscription des impressions traumatiques tente de se dissoudre par liaisons pulsionnelles et s'actualise par la compulsion à la répétition. Issue des tensions conflictuelles intrapsychiques, l'angoisse est un affect non refoulé qui permet à la décharge pulsionnelle de s'effectuer. Les voies de l'angoisse suivent celles des pulsions et du fantasme. L'angoisse prolonge l'action du refoulement, signale un danger. La sensation de l'angoisse définit celle-ci comme affect et son processus comme acte.

5.2. L'approche processuelle de l'angoisse paroxystique

Le mouvement évolutif de l'angoisse paroxystique est mis en évidence par le fonctionnement spécifique de l'angoisse automatique et des mouvements que procurent les interactions d'intrication-désintrication entre pulsion de vie et pulsion de mort, mouvements que préfigure le principe d'autoconservation.

1- Le symptôme témoigne de l'impact des instances du Surmoi et le Ça sur le processus de l'angoisse et souligne un renoncement du sujet pour son désir, le sujet paie sa "dette" de culpabilité en s'affligeant le retentissement du symptôme : inhibition, douleur, retrait....

¹³⁵ Idem, p142

2- La valeur traumatique prend sa force dans l'histoire individuelle du sujet et l'impact traumatique suit l'aptitude du sujet à réactiver les traces mnésiques. Les élans psychosomatiques favorisent des défenses mises en place pour éviter la désintrication du Moi.

3- L'intérêt de sa référence à l'Autre pour J. Lacan favorise la fonction du grand Autre dans la fonction de l'angoisse. J. Lacan positionne l'angoisse dans son rapport à l'Autre et le signifiant prend une place privilégiée. Le sujet s'angoisse de ce que l'Autre peut désirer en lui. Au delà de la castration, il s'angoisse de faire de sa castration ce qui manque à l'Autre. La place de l'Autre diffère selon la structure psychopathologique du sujet.

5.3. L'affect d'angoisse paroxystique

L'affect apparaît sous ses formes diverses telles que l'émoi, l'embarras... ou autres formes de sensation. L'angoisse est exprimée dès lors également sous sa forme sensorielle.

L'aspect sensoriel et les notions de limites positionnent le sujet dans son rapport Moi corporel/Moi psychique : la dichotomie d'une part entre le moi/corps (le moi clivé entre un intérieur et un extérieur) et d'autre part entre l'angoisse dans le moi et l'angoisse confronté au réel: effraction du moi par effraction de l'objet extérieur.

Le modèle psychosomatique complète les perspectives amenées par S. Freud sur la somatisation avec la formation des symptômes, le moi corporel. D. Anzieu étudie la différence Moi – non Moi non exploré par S. Freud, approfondit la notion du ressenti évoqué par S. Freud seulement sous le couvert de l'affect. L'impact des expériences primaires est priorisé : « le Moi-Peau rassemble les expériences précoces les plus significatives » (R. Roussillon, 2007) et il ouvre la voie de la subjectivation. La métaphore du Moi-Peau illustre de manière explicite les fonctions de barrières psychiques, éclaire significativement l'impact d'effraction corporel, d'effraction interne et les fonctions de pare-excitation. Le courant lacanien, bien que divergeant du modèle psychosomatique, participe à la compréhension de l'acte conduit par l'angoisse paroxystique.

5.4. Le processus comme mouvement évolutif

A partir des éléments développés, la progression, le mouvement pulsionnel "transporté" par le biais de l'angoisse laisse percevoir une angoisse "évolutive". L'ensemble des processus psychiques agissant dans une progression autodestructrice fournit une réponse théorique ou pratique à l'angoisse paroxystique.

L'angoisse paroxystique peut alors être considérée comme une poussée de la pulsion de mort pour tendre vers le Nirvana, le zéro : la "néantisation". L'intrication pulsion de vie (pulsion sexuelle) - pulsion de mort (pulsion du moi) peut être conçue comme l'ensemble du contenu énergétique résultant de deux forces complémentaires. La tendance à l'homéostasie est

« Cette tendance à abaisser, à maintenir constant, à supprimer la tension de stimulus interne (le principe de Nirvâna, selon l'expression de Barbara Low), telle qu'elle trouve expression dans le principe de plaisir, voilà bien l'un de nos plus puissants motifs de croire à l'existence de pulsions de mort »¹³⁶. « Le principe de plaisir semble être tout simplement au service des pulsions de mort »¹³⁷.

Le principe de Nirvana est donc défini comme une actualisation d'un principe de plaisir

« qui tend à la quiescence et à la persistance immuable d'une première représentation s'offrant à la psyché comme preuve de sa toute-puissance d'auto engendrement de l'état de plaisir et comme témoin de son pouvoir de créer l'objet conforme à son but et à jamais présent »¹³⁸.

L'angoisse paroxystique devient la résultante de cette progression dans le cheminement de la pulsion de mort et la réduction des tensions vers zéro qui convoque l'anéantissement du sujet. Les raisonnements aboutissent à donner une place majeure à la pulsion de mort dans certaines structures psychiques. Des dérèglements de l'autoconservation sont observés lors de décompensations psychosomatiques, dépressions... et interrogent sur la pathologie des suicides. « La pulsion de mort est en fin de compte suicidaire ». L'angoisse d'anéantissement est confrontée au concept de vide. Le caractère "actif" de la poussée et le travail psychique qu'il implique conduit le sujet à un acte "compulsif" qui donne un sens au passage à l'acte.

« La violence mécanique du trauma libérerait le quantum d'excitation sexuelle qui a un effet traumatique en raison du manque d'apprêtement par l'angoisse »¹³⁹.

L'angoisse paroxystique montre : une action et une évolution dans un mouvement de décharge, la quantité « excessive » est, quant à elle destructrice.

Le narcissisme renvoie à la notion de fantasme archaïque, pré-oedipien. Il fait revenir à la dichotomie Moi corporel et Moi psychique : le 1^{er} exprimé par le biais du symptôme : un acting-in comme le propose Michèle Perron Borelli ? Et le débordement dans le second un acting-out ?

¹³⁶ S. FREUD : (1916-1920) "Au delà du principe de plaisir" in œuvres complètes, tome XV, PUF, 1996, p 329-330, §60

¹³⁷ S. FREUD : (1916-1920) "Au delà du principe de plaisir" in œuvres complètes, tome XV, PUF, 1996, p 337, §69

¹³⁸ Idem

¹³⁹ Idem, p 305, §34

Chapitre 3 :

Conclusion

- 1 Les limites psychiques
 - 1.1. Une illustration avec la mythologie
 - 1.2. Les représentations des limites psychiquesEros et Thanatos : entre le plein et le vide
Vers l'intérieur : l'effroi
Vers l'extérieur : le vide, un autre silence
- 2 Le fonctionnement psychique du mouvement de l'angoisse paroxystique
 - 2.1. L'insécurité
 - 2.2. La revendication
 - 2.3. La culpabilité
 - 2.4. La déprivation

Schéma de synthèse

Cette première partie : "du paroxysme de l'angoisse à l'angoisse paroxystique", fait découvrir :

- L'importance des limites psychiques
- L'approche processuel de l'angoisse paroxystique dans le fonctionnement psychique.

1. Les limites psychiques

1.1. Une illustration avec la mythologie

L'illustration des mouvements pulsionnels avec la mythologie va mettre en évidence les interactions qui existent entre les limites psychiques, les principes de plaisir/déplaisir et de réalité. Il ne s'agit pas, dans notre contexte, d'effectuer véritablement une référence à la mythologie grecque mais simplement de l'utiliser comme illustration d'un concept, présentement en ce point d'avancée de la recherche, en maturation.

A la manière de Levi Strauss qui « traite les unités constitutives des mythes non comme symboles conventionnels, mais comme "paquets de relations", des signes capables de renvoyer à de multiples signifiés, selon le contexte dans lequel ils s'insèrent, mais n'en ayant intrinsèquement aucun en particulier »¹⁴⁰. Nous allons donner du sens aux mouvements pulsionnels.

L'analyse personnelle d'Eros et Thanatos prend en compte la trame du processus d'angoisse paroxystique et suit le principe des "mythèmes", unités au sens de Levi Strauss, selon lequel un personnage est associé à une action ou une propriété qui lui est associée.

Quoi de plus explicite que les mythes en tant que récits insaisissables pour élucider un concept "sans objet", "sans représentation" qu'est l'angoisse dans son paroxysme.

Nous avons choisi, pour notre illustration, de citer :

- Des divinités archaïques :

- **Chaos** : état primordial et primitif, « faille, béance », représente l'horreur vide et sans limite, « rien n'existait que le désordre confus et vague du Chaos sur lequel planait l'obscurité éternelle »
- **Eros** : l'Amour, « dompte les cœurs et triomphe des plus sages vœux » : le principe de plaisir

¹⁴⁰ Nicolas JOURNET, in Sciences Humaines n°133, pp 42-44, déc 2002

- **Janus** : dieu romain qu'Ovide identifie au Chaos des grecs « dont le double visage est la seule trace de l'état de confusion cosmique qui précéda sa venue au monde », on peut l'entendre également comme existence nouvelle, auto engendrement de Chaos. Représente un état de confusion, le passé et le futur. C'est le dieu des portes, il est représenté avec deux visages, l'un tourné vers le passé, l'autre vers le futur et ayant le pouvoir de surveiller à la fois les entrants et les sortants : entre le monde intérieur et le monde extérieur. Il peut symboliser les limites représentées par la métaphore du Moi-Peau.

Selon la Théogonie Hésiodique : Chaos génère Eros, qui engendre Gaïa (la Terre), qui conçoit une Gorgone.

- Des divinités séjournant dans le monde souterrain : Thanatos et Hypnos, frère de Thanatos, d'où les rêves montaient vers les hommes.

- **Thanatos** : le souverain des morts mais non la mort elle-même ; le principe de mort.

- Et des divinités appartenant à la terre, monstres des enfers

- Les **gorgones**, nymphes du nord : filles de la Mer et de la Terre (la Terre était elle-même nommée la mère universelle), selon la Théogonie, les Gorgones seraient les filles du dieu marin Phorcys (# leur frère) et de Keto, divinité marine. Les Grées, sœurs aînées des Gorgones, signifiant "vieilles femmes" habitaient une région sombre et enveloppe de crépuscule. Trois Gorgones dont la **Méduse**, la plus connue, la seule mortelle, signifiant "ruse", Sthéno "errant dans le monde" et Euryale "forte" et symbolisant l'excès. Femmes aux cheveux de serpents, leur regard figeait tout être vivant qui croisait leur regard et les transformait en pierre.

Dans son rapport à la pulsion de mort, l'angoisse paroxystique apparaît comme un risque ultime engendrant un état de confusion (Janus), d'effroi (les Gorgones), aspirant vers les profondeurs du vide (Chaos) dans une angoisse d'anéantissement.

1.2. Les représentations des limites psychiques

Eros et Thanatos : entre le plein et le vide.

L'angoisse paroxystique, comme « manque du manque » serait l'expérience pure du Rien. Et l'expérience, le vécu d'angoisse paroxystique est similaire à l'expérience du Chaos, c'est-à-dire une expérience d'effroi, d'irreprésentable.

La mythologie nous permet de concevoir et comprendre Eros comme ce qui unit et Thanatos comme ce qui sépare, par conséquent le couple Eros et Thanatos désigne une limite, qui peut

être désignée comme une limite interne. Du réel, du monde extérieur aux profondeurs archaïques de l'Être, il existe un glissement progressif en plusieurs étapes.

La limite du vide et du plein de "notre intérieur" et la limite du vide et du plein de "notre extérieur" ne sont pas sans rappeler la topologie du Moi-Peau. A la première frontière qui correspondrait à l'enveloppe psychique, nous pourrions placer **Janus**, le rencontrer dans cette limite, aux portes temporelles qui confronte le futur au passé, aspiré par les réminiscences archaïques – de l'extérieur vers l'intérieur – « aux origines étaient Chaos, Eros et Janus », Janus au double visage rapporte aussi l'opposition, la dichotomie dedans/dehors qui prend son sens à travers une logique conflictuelle, voire "confusionnelle" car Janus est la marque de l'ambivalence, du clivage : le maître du pouvoir de décharge vers l'extérieur, du déséquilibre "trop plein/trop vide". P-L. Assoun associe également l'angoisse au Janus dans la dichotomie signifiant-corps : « l'angoisse est un Janus dont un visage est tourné vers le signifiant, l'autre vers le corps ; dont un versant donne sur le symptôme, amour refoulé, l'autre sur l'amour réel, levée du refoulement »¹⁴¹. La notion de limite reflète le fonctionnement psychique du sujet, dans la logique contradictoire défini par D. Anzieu, l'ambivalence (oppositions simultanées) concerne davantage des psychonévroses dont la réponse défensive est constituée par le symptôme, tandis que les états limites sont marqués par le manque de limites dans la logique du paradoxe (oppositions successives).

Vers l'intérieur : l'effroi

La peur du vide comme phénomène du néant est générateur par lui-même de l'angoisse. La menace d'anéantissement est perçue comme un signe "prémonitoire" de menace interne, précurseur d'une mort imminente. L'angoisse "médusée" représente le sujet lorsqu'il reste figé par l'inefficacité des défenses déclenchant la sensation qu'il glisse irrémédiablement à sa perte dans une sensation de destruction, d'effondrement et soumis à la culpabilité. Le regard pétrifiant de Méduse rappelle le vécu de sidération durant l'effroi. Cela nous amène vers une possible position perverse du sujet, sa confrontation avec l'objet scopique. Le bouclier protecteur de Persée, comme l'évoque Francis Patche est « une peau sans regard » au service du déni. Cette métaphore impose l'idée de contrainte qui renforce le besoin " d'une carapace" aux limites internes/externes afin d'éviter la désintrication.

¹⁴¹ P-L ASSOUN, " Corps et symptôme : leçons de psychanalyse", Editions ECONOMICA, 1997, 2^{ème} édition, 2004, p 64

Vers l'extérieur : le vide, un autre silence.

L'ambivalence entre le choix du vide et du plein représente la liaison ou déliaison d'une part et la décharge, le « partir et le répartir » (Charly Supper) d'autre part. Le sujet va utiliser des objets signifiants formels pour favoriser l'échange, la décharge par la parole. Le manque de signifiant ne permet pas d'entrer en contact avec le monde : l'incompréhension devient une coupure avec le lien extérieur. Privé de ce qui fait l'unité de son être, le sujet devient un être "morcelé", "séparé" avec toute l'angoisse qui s'ensuit.

Dans la logique du Moi, il se crée une mouvance entre le plein d'affect : d'angoisse, et de vide : dépression. L'expérience du vide porte sur cet aspect de la limite et représente « une expérience destructurante intimement liée à la dépression » (D.Anzieu), la dépression altère la capacité d'échange et aggrave le déséquilibre des échanges avec le monde extérieur.

2. Le fonctionnement psychique du mouvement de l'angoisse paroxystique

Nous pouvons retenir dans le fonctionnement psychique du sujet développant l'angoisse paroxystique 4 représentants de vulnérabilités majeures qui donnent lieu à des processus psychiques spécifiques. Ces processus psychiques annoncent un ensemble de condition réalisant le processus d'angoisse paroxystique et à l'intérieur de laquelle des aménagements défensifs particuliers peuvent émerger.

2.1. L'insécurité

L'insécurité est un processus psychique qui résulte de la situation de danger ressenti lors de la détresse infantile et de l'attente d'aide consécutive.¹⁴²

L'insécurité en psychologie dynamique fait référence au sentiment d'insécurité. Le sentiment d'insécurité du nouveau né a été décrit lorsque le nourrisson a ressenti le manque, une réponse aléatoire du besoin, une perception d'impuissance et d'angoisse de mort. L'inscription traumatique de la situation de manque ultime conduit à l'incapacité à lier les tensions internes

¹⁴² « Quel est le noyau, la signification de la situation de danger ? Manifestement l'estimation de notre force comparée à la grandeur de celle-ci, l'aveu de notre désaide face à lui, désaide matériel dans le cas de danger de réel, désaide psychique dans le cas du danger de pulsion. Notre jugement est guidé en cela par des expériences effectivement faites ; qu'il commette une erreur dans son estimation est indifférent pour le succès. Appelons traumatique une telle situation vécue de désaide ; nous sommes bien fondés à séparer la situation traumatique de la situation de danger. (...) L'angoisse est la réaction originelle au désaide dans le trauma, qui sera alors reproduite ultérieurement dans la situation de danger comme signal d'appel à l'aide » (S. FREUD : *"Inhibition, symptôme et angoisse"*, 1993, PUF, Paris, 2002, suppléments § 199)

et engendre une vulnérabilité envers les vécus de perte et de manque significative chez les sujets dépendants.

L'emprise empêche le sujet de s'individualiser et dévoile la faille provoquée par certains traumatismes, comme l'abandon et la séparation. La pulsion d'emprise se développe lorsque l'attachement et/ou l'étayage persistent au delà de la durée normale, et correspond à l'impossible séparation. Elle replace le sujet dans sa position d'impuissance originaire et intervient comme recours à la maîtrise de l'absence, de la séparation, de la perte. Le sentiment d'insécurité qui se prolonge en "complexe" d'insécurité, complexe du fait que le sujet, par l'insécurité, se trouve "empêché", en difficulté d'adaptation renforçant le besoin de l'autre – dépendance –, entraînant des réactions non adaptées face au danger, résultant d'une mobilisation défensive contre l'angoisse de mort. L'instabilité, les sentiments d'impuissance face au danger de changement, de perte font revivre au sujet le vécu de sentiment diffus de danger: le sentiment d'insécurité. L'insécurité pourrait correspondre, selon D. Anzieu à la déliaison par absence de contenant dans ce sens freudien où l'objet est objet comme protection contre toutes les situations de désaide^{143 et 144}.

2.2. La revendication:

La revendication en lien avec la privation est liée à la lutte contre la dépendance sous forme de réactivité.

La revendication soutient l'ambivalence que le sujet manifeste entre deux désirs : celui de la conservation de l'attachement à l'objet primaire et celui du détachement. Le signal de déclenchement du conflit est projeté vers la réalité extérieure sous forme d'hostilité. Le sujet se bat afin de ne plus dépendre de l'autre dans le désir de se soustraire au besoin de l'autre et ainsi favoriser un processus de dégagement. Le désir d'individuation construit l'ambivalence d'un souhait de mort et d'un sentiment de culpabilité envers l'objet. La tension conflictuelle maintient le sujet dans une position de revendication narcissique.¹⁴⁵

¹⁴³ S. FREUD : "*Inhibition, symptôme et angoisse*", 1993, PUF, Paris, 2002, suppléments § 200, 201

¹⁴⁴ « Rappelons que dans la théorie de Winnicott (1962a, p 12-13), *l'intégration* du moi dans le temps et l'espace dépend de la façon pour la mère de « tenir » (*holding*) le nourrisson, que la *personnalisation* du Moi dépend de la façon de le « soigner » (*handling*) et que l'instauration par le moi de la relation d'objet dépend de la présentation par la mère des objets (sein, biberon, lait ...) grâce auxquels le nourrisson va pouvoir trouver la satisfaction de ses besoins » (...) La fonction contenante est exercée principalement par le *handling* maternel. » (D.ANZIEU: "*Le Moi-Peau*", DUNOD, 1985, Paris, 1995, p 52, p124)

¹⁴⁵ « Winnicott a ouvert un champ nouveau dans la psychopathologie en créant la clinique de la dépendance et de la lutte contre la dépendance, de la quête de l'autonomie, c'est-à-dire, étymologiquement, le droit de se gouverner par ses propres lois *sous une occupation étrangère* » (...) « Le Moi dans tous les cas sauve son unité par la négation de l'impact de l'objet, de l'objet comme cause du désir (Lacan). » (André GREEN, "*Narcissisme de vie, narcissisme de mort*", Les éditions de Minuit, Paris, 1983, p 165)

Le manque – ressenti comme un préjudice subit –, dans cette perspective, peut entraîner l'agressivité envers l'objet, et développer un instinct agressif de fuite.

Le désir de posséder l'autre plutôt qu'être possédé fait appel à la privation. La privation est jointe d'une manière préférentielle à la revendication afin d'insister sur la résistance, le refus du « trou », du vide qui apparaît avec la disparition de l'objet.¹⁴⁶

2.3. La culpabilité:

La culpabilité et tout ce qu'elle engendre est significatif de l'angoisse paroxystique en ce qu'elle génère un mouvement autodestructeur *mortifère*.¹⁴⁷

La castration dans sa représentation de loi symbolique de toute puissance se fait jour lors de l'entrée du sujet dans la période œdipienne. La castration se révèle dans le rapport avec l'autre, à l'impact culturel et social sur l'appareil psychique. Dans son rapport à la loi symbolique, la construction d'un surmoi fort, conjoint à la séparation d'avec l'objet, renforce le sentiment de culpabilité, du processus d'autopunition et émerge sous la forme d'angoisse de mort. Le besoin d'autopunition que l'on peut rapprocher significativement au sentiment de culpabilité inconsciente est lié au masochisme moral. La domination du Surmoi et du Ça sur le Moi place le sujet dans une disposition autodestructrice. Les éléments agressifs se transforment en sentiment de culpabilité. Le sentiment de culpabilité lie le sujet à son symptôme, la douleur est une manière inconsciente de payer sa "dette": la névrose se retire au profit de la douleur car « la maladie réelle tient lieu de culpabilité en acte »¹⁴⁸.

¹⁴⁶ « L'investigation psychanalytique nous l'a appris, les hommes deviennent névrosés par suite de privation. Il est entendu qu'il s'agit de privation relative à la satisfaction de désirs libidinaux et il nous faut faire un long détour afin de comprendre cette proposition ». « Ainsi la privation, le manque de réelle satisfaction est la condition première de l'éclosion de la névrose bien que n'étant certes pas la seule. » « une névrose, c'est-à-dire une satisfaction substitutive par le détour passant à travers l'inconscient refoulé ». (S. FREUD, (1915-1916), *"Quelques types de caractère dégagés par la psychanalyse"*, Œuvres complètes, tome XIV, p10-11

¹⁴⁷ Lors de « la fixation à telles ou telles formes d'aggravation morbide » (...) « On constate notamment qu'il s'agit d'un facteur pour ainsi dire « moral », d'un sentiment de culpabilité qui trouve sa satisfaction dans la maladie et ne veut pas renoncer au châtiment représenté par la souffrance. » (...) « On peut même se demander si ce n'est pas ce facteur, c'est-à-dire la manière dont se comporte le Moi idéal, qui joue un rôle décisif dans la gravité plus ou moins grande d'une affection névrotique. » (...) « Comment se fait-il que le Sur-Moi se manifeste principalement comme un sentiment de culpabilité (ou, plutôt, comme une instance critique, le sentiment de culpabilité étant la forme sous laquelle le Moi perçoit cette critique) et qu'il fasse preuve en même temps d'une sévérité si dure et impitoyable à l'égard du Moi ? » (...) « Ce qui désormais domine dans le Sur-Moi, c'est une sorte de culture pure de l'instinct de mort qui réussit souvent à pousser le Moi à la mort ». (S. FREUD, (1921-1923), *"Le Ça et le Moi"*, Œuvres complètes, tome XVI, PUF, chap V)

¹⁴⁸ P-L ASSOUN, *"Corps et symptôme : leçons de psychanalyse"*, Editions ECONOMICA, 1997, 2^{ème} édition, 2004, p 84.

2.4. La déprivation

De la frustration d'objet interne à la déprivation. Le concept de déprivation vient approfondir la détermination de perte, de l'insatisfaction renvoyée par le regard de l'Autre.

L'idéalisation, qui s'attache à l'objet, est liée à la demande et donne lieu au sentiment de frustration. La frustration ramène au primaire, il s'agit de la coupure des relations primitives de l'enfant à sa mère, de la non tolérance au manque, la confrontation d'avec le danger d'abandon, le rejet qui peut alors donner lieu à la construction d'un idéal du Moi trop fort car il renvoie le sujet à ses manques et donc au sentiment de honte, d'infériorité, d'insatisfaction.

La frustration est cause d'angoisse dans le Moi ; l'angoisse de rupture du lien qui correspond à la blessure narcissique – décrit par P. Marty comme la honte –. La privation, dans cette perspective, est insuffisante pour qualifier le vécu de frustration.

Il faut entendre « déprivation » dans le sens de « to deprive somebody of something » : privé quelqu'un de quelque chose, et de « deprived » : défavorisé, pour s'approcher au plus près de la signification donnée par Winnicott et qui aborde le sens que nous donnons à notre analyse.¹⁴⁹

D'après Winnicott, la présence ou l'absence d'éléments positifs dans l'environnement familial précoce et dans la relation entre l'enfant et son environnement permettent d'évaluer la rupture et la défaillance de l'environnement suffisamment bon. Il ne s'agit donc pas tant de la privation précoce de la satisfaction du besoin mais de la perte de cette satisfaction au cours de la petite enfance. L'enfant « s'est trouvé dépossédé », et « la déprivation a remanié la vie de l'enfant, elle a créé une détresse intolérable »¹⁵⁰.

Ainsi nous dégageons 4 processus psychiques caractéristiques du mouvement processuel de l'angoisse paroxystique que nous nommons par : insécurité, revendication, culpabilité, déprivation. "Processus psychiques", au sens de mise en forme, en jeu, – qui vient en réaction à ... et qui a un but –, en tant que mécanisme dans le fonctionnement psychique. Les

¹⁴⁹ C'est-à-dire qu'elle signifie « Qu'il y a eu une perte de quelque chose de bon, qui a été positif dans l'expérience de l'enfant jusqu'à une certaine date, et qui lui a été retiré. (...) la définition complète de la déprivation couvre à la fois le coup d'aiguille du traumatisme et l'état traumatique durable et aussi ce qui est presque normal et ce qui est indiscutablement anormal. » (p150), « un enfant devient déprivé lorsqu'il est privé de certains caractères essentiels propre à la vie familiale. Ce qu'on pourrait appeler le "complexe de déprivation" se manifeste alors plus ou moins. » (p148) (D.W. WINNICOTT ; « Déprivation et délinquance », Editions Gallimard et Payot & Rivages, Paris, 1994 (traduction), (1984), p 150 puis 148)

¹⁵⁰ D.W. WINNICOTT ; « la crainte de l'effondrement et autres situations cliniques », Editions Gallimard, Paris, 2000 (pour la traduction), (1989), p 165

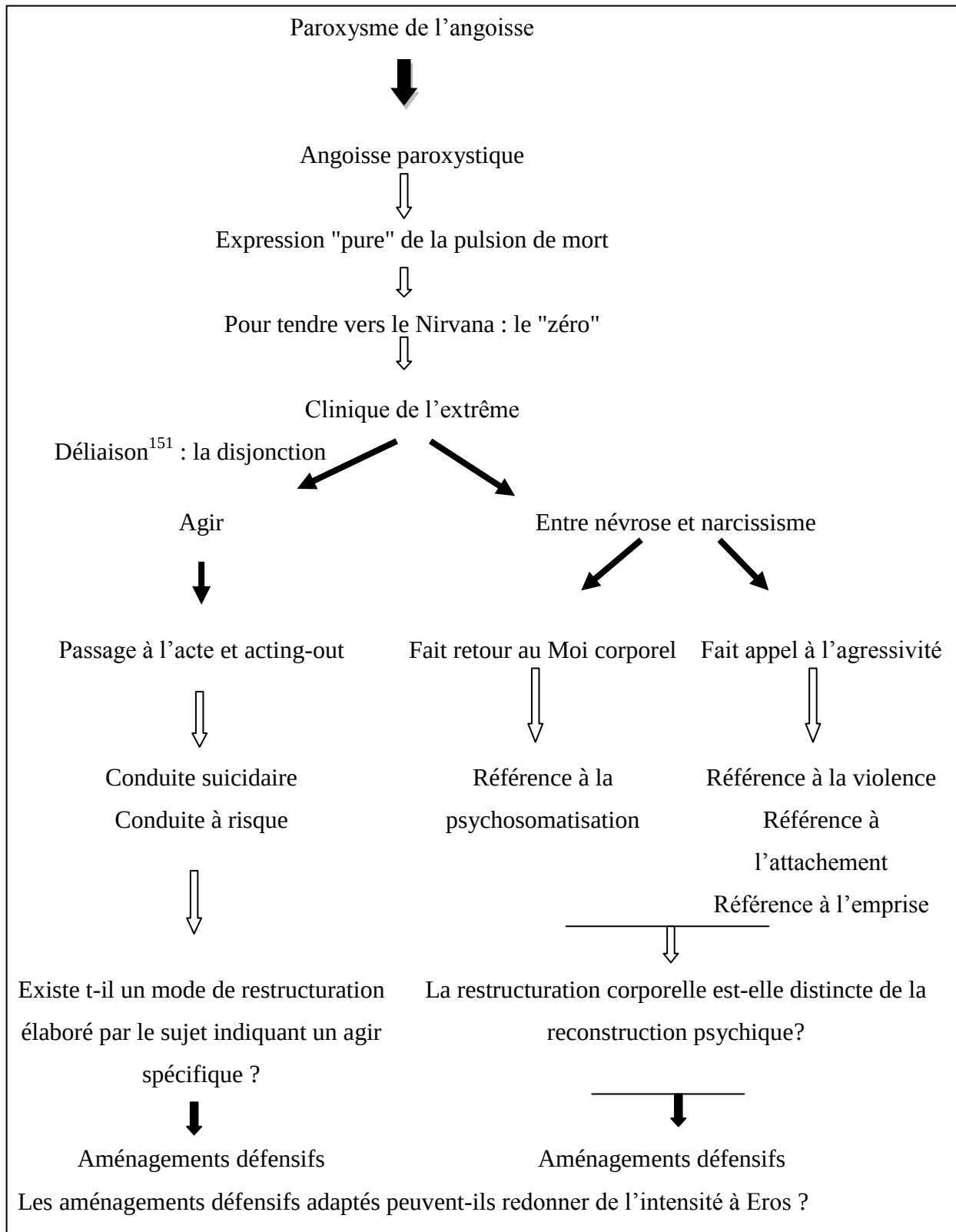
processus psychiques interagissent de manière dynamique et ces processus vont permettre l'observation d'aménagements défensifs spécifiques.

Nous pouvons, dès lors, poser comme hypothèse : il existe une angoisse particulière, progressive, renforcée par la pulsion de mort, qui comporte une certaine mise en acte pulsionnelle et que nous avons choisi d'appeler angoisse paroxystique.

Cette hypothèse engage notre problématique vers une « clinique de l'extrême ». Le schéma suivant va guider le lecteur dans les trois axes de la deuxième partie.

IL EXISTE UNE ANGOISSE PARTICULIERE, PROGRESSIVE, RENFORCEE PAR LA PULSION DE MORT.

Schéma de synthèse : Tableau I. 3-1



¹⁵¹ Nous préférons évoquer le concept de déliaison comme mode de décharge pulsionnelle court-circuitant la réalité psychique au « défaut de symbolisation » qui renvoie à l'incapacité de liaison, il s'agit alors d'un principe et non d'une opération psychique.

PARTIE II :

ANGOISSE PAROXYSTIQUE ET CLINIQUE DE L'EXTREME

Interrogation psycho criminologique.

Chapitre 1: Le mouvement psychodynamique de l'agir

Chapitre 2 : L'angoisse dans la dichotomie du Moi corporel et du Moi psychique

Chapitre 3 : Violence, agressivité et destructivité

Chapitre 4 : Conclusion de la deuxième partie

Le concept d'angoisse paroxystique nous amène directement vers une interrogation psychocriminologique, c'est-à-dire vers l'étude de la position du sujet dans son rapport au trauma, la position victimologique du sujet.

La douleur psychique correspond à l'effroi et le sentiment de mort imminente est signifié par l'angoisse dite "automatique". Les symptômes viennent tenter de « maîtriser, de lier, d'abréagir » le traumatisme¹⁵². Le traumatisme peut-être défini, dans son sens économique, comme un quantum d'excitation reçu et que le Moi ne peut lier, maîtrisé dans sa totalité. La répétition tente de lier l'excès d'excitation par l'abréaction du trauma. Cette excitation pulsionnelle peut-être aussi bien endogène (réaction intrapsychique) qu'exogène (réalité extérieure), le trauma prend sa signification dans sa relation avec le fantasme et le désir. Le travail d'élaboration psychique implique un processus de liaison des excitations pulsionnelles.

Le concept d'angoisse paroxystique veut révéler l'idée de mouvement atteignant les limites extrêmes : un mouvement évolutif, une progression poussée par la pulsion de mort qui comporte une certaine mise en acte pulsionnelle. Cette partie aborde les mécanismes de « mises en actes psychiques » transmis par l'angoisse paroxystique, il s'agit du processus de mise en acte du fantasme inconscient. Les mises en actes de la pulsion d'agression et de la pulsion de destruction, dans leur versant interne-externe, forment les figures de l'agir et de la somatisation. Lors du débordement pulsionnel, le mouvement pulsionnel voué à la décharge s'organise sous la forme du passage à l'acte, de la somatisation ou de la violence.

L'angoisse paroxystique révèle une souffrance psychique qui prend une forme de destructuration psychique et/ou physique.

¹⁵² Freud, dans « au-delà du principe de plaisir », p 302

Chapitre 1 :

Le mouvement psychodynamique de l'agir

1. Passage à l'acte et acting-out
 - 1.1. Le passage à l'acte
 - 1.2. L'acting-out
 - 1.3. L'acte suicidaire et le mode opératoire
 - 1.3.1. L'acte suicidaire: passage à l'acte ou acting-out
 - 1.3.2. Le mode opératoire
2. Du passage à l'acte au "recours à l'acte": la crise suicidaire
 - 2.1. Les réactions du moi devant la pulsion
 - 2.2. Le rapport de l'acte primaire et du trauma originaire dans l'acte
 - 2.2.1. Le rapport Moi /Idéal du Moi
 - 2.2.2. L'inhibition: retrait et isolation
 - 2.2.3. L'acte et le fantasme ou défaillance du fantasme
 - 2.2.4. La mise en acte conditionnée par une attitude passive ou une attitude active
 - 2.3. Les 3 étapes du processus dynamique de la crise
 - 2.3.1. 1^{ère} étape: état de vulnérabilité
 - 2.3.2. 2^{ème} étape: état de crise correspondant à l'agir
 - 2.3.3. 3^{ème} étape: issue de la crise
 - 2.4. La répétition
 - 2.4.1. Phase positive de la répétition
 - 2.4.2. Phase négative de la répétition
 - 2.4.3. La récurrence
3. Conclusion

Les dispositions mentales:

 - 3.1. Résignation-réitération
 - 3.2. Isolement-confrontation
 - 3.3. Autopunition-révolte
 - 3.4. Dévalorisation-activité

La notion de passage à l'acte a tout d'abord été choisie pour sa valeur de décharge pulsionnelle en y intégrant tous les degrés de passage à l'acte (du suicide à l'idéation suicidaire d'où l'intégration du terme de conduite suicidaire – Louis CROCQ). L'étude privilégie la compréhension du processus psychique interne en jeu et, par conséquent va naturellement évoluer vers le recours à l'acte.

1. Le passage à l'acte et l'acting-out:

1.1 Le passage à l'acte

1.2 L'acting-out

1.3 L'acte suicidaire et le mode opératoire

C'est dans la théorisation psychanalytique que J. Lacan dans son séminaire « Angoisse » (1962-1963) fournit l'articulation la plus solide entre symptôme, passage à l'acte et angoisse. Pour J. Lacan, lors du passage à l'acte, l'intensité de l'excitation pulsionnelle anéantit toute possibilité du jeu du fantasme et par conséquent du désir. Le passage à l'acte est cette traversée du voile du fantasme (représenté par la fenêtre), le passage à l'acte dans le réel. « se jeter hors de la scène ». L'acting s'adresse à l'autre, vise à l'obtention d'une interprétation lorsqu'il survient dans le cadre analytique. Dans la conduite du sujet l'acting est quelque chose qui se montre, une orientation vers l'autre. Lors d'une TS, les deux sont souvent combinés : l'acte en lui-même est un passage à l'acte, mais celui-ci est conditionné par l'acting dans ce qu'il désigne pour l'autre. Cela rejoint S. Freud, lorsqu'il précise que la TS signifie une autopunition en même temps que l'accomplissement d'un désir (le mélancolique tue du même coup l'objet avec lequel il s'est identifié).

L'état du désir convoque une manifestation signifiante : un acte, une action. Lorsque le désir se défend d'un autre désir, la manifestation a lieu dans une dimension où se joue la fonction de défense. La nature de cette défense peut apparaître sous deux formes d'acte dans le registre relationnel : l'acting-out ou le passage à l'acte. En effet, dans le registre de l'acting-out, il semble exister, du point de vue relationnel, une demande d'aide. Par contre, concernant le passage à l'acte, cette demande adressée à l'Autre n'existe pas : nous nous situons dans le registre de la solitude et du rejet de l'autre.

Dans le séminaire « Angoisse », J. Lacan schématise la distinction entre le passage à l'acte et l'acting-out, qu'il aborde par rapport à la lecture de S. Freud, "Inhibition, Symptôme, Angoisse", à l'aide d'un tableau difficulté/mouvement comprenant une progression descendante et en diagonale de l'inhibition / symptôme / angoisse. Le passage à l'acte est un agir qui vient à la place d'un défaut de symbolisation. En ce qui nous concerne, nous préférons le terme de déliaison qui vient inscrire l'acte dans le dynamisme, le processus de déliaison correspond à l'irruption d'une énergie non liée déstructurant l'organisation en place. Le passage à l'acte apparaît dans la dimension de mouvement comme le moment du plus grand embarras du sujet, avec l'addition comportementale de l'émotion comme désordre du

mouvement¹⁵³. Dans ce tableau, le passage à l'acte est le moment où le sujet se trouve, du fait d'une désorganisation, d'une difficulté, dans un embarras extrême sans pouvoir élaborer un symptôme. Exposé à l'intensité d'une émotion, le passage à l'acte perd la référence de ce qui l'a causé comme sujet, ce qui anéantit toute possibilité de jeu du fantasme et par conséquent du désir. Dans ce tableau, J. Lacan distingue le passage à l'acte de l'acting out. Il redonne d'ailleurs à la notion « d'acting-out » sa fonction de « monstration » de l'objet, lors d'un moment intense « d'émoi », alors que le sujet se trouve « empêché ». Il illustre cette distinction dans un rapport au réel (la scène) sous ces termes : l'acting-out correspondrait à « monter sur scène » et le passage à l'acte à « se jeter hors de la scène » : le sujet est effacé, autant que faire se peut par la barre.

« Ce phénomène de bord, vous le trouverez par exemple en des occasions privilégiées, dans cette fenêtre qui s'ouvre, marquant la limite du monde illusoire de la reconnaissance, celui que j'appelle la scène »¹⁵⁴

Nous pouvons ici mettre en parallèle le vécu d'anéantissement lors de l'hallucination négative.

1.1. Le passage à l'acte

Le réel est également le lieu de la jouissance, le lieu de l'objet a). Quand la dimension du réel submerge le sujet, le réel peut se manifester sous la forme d'un passage à l'acte. Il est alors émergence de cette jouissance absolue, incontrôlable et parfois destructrice.

Par ailleurs, il apparaît cliniquement dans le passage à l'acte que le niveau d'angoisse est souvent tel qu'il semble déborder complètement les capacités du patient à tenter d'obtenir de l'aide et qu'il s'agit avant tout de « se libérer, de tenter de résoudre un conflit irrésolvable »¹⁵⁵. Le passage à l'acte vise alors à réduire la tension nerveuse et les enjeux sont des enjeux de vie ou de mort. La mort de soi ou de l'autre devient la solution. Le passage à l'acte vient en réponse à une tension psychique intolérable, il vient décrire un moment de rupture brutale où la parole est suspendue, défailante.

J. Lacan reprend de cas de Dora de S. Freud pour montrer que la signification du passage à l'acte est de « se laisser tomber » sur la scène, le sujet va dans la direction de s'évader de la scène :

¹⁵³ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, p136

¹⁵⁴ Idem, p128

¹⁵⁵ F. MILLAUD, *"le passage à l'acte, Aspects cliniques et psychodynamiques"*, Masson, Paris, 1998, p16

« La fenêtre, en tant qu'elle nous rappelle la limite entre la scène et le monde, nous indique ce que signifie cet acte – en quelque sorte, le sujet fait retour à cette exclusion fondamentale où il se sent »¹⁵⁶

L'acte du franchissement de la fenêtre est le résultat de la confrontation au regard du père : la « confrontation du désir et de la loi », l'insurmontable confrontation « le plus grand embarras » qui pousse à l'acte.

« C'est ce par quoi elle se sent définitivement identifiée à a, et, du même coup, rejetée, déjetée, hors de la scène. Et cela, seul le *laisser-tomber*, le *se laisser tomber*, peut le réaliser »¹⁵⁷ (...) le sujet « se précipite et bascule hors de la scène. Ceci est la structure même du passage à l'acte »¹⁵⁸

Le passage à l'acte se positionne dans la structure psychotique.

« Quand la psychose est déclarée, le danger majeur est l'incapacité à élaborer une suppléance, fut-elle par entremise d'une construction délirante, car le sujet se trouve alors voué à des états mélancoliques ou schizophréniques, dans lesquels le symbolisme devient réel » (...) « dès lors le passage à l'acte ne saurait posséder une fonction salvatrice »¹⁵⁹

Le passage à l'acte serait l'une des manifestations les plus typiques de l'état de jouissance telle que le définit J-D. Nasio:

« Haute tension psychique non franchement ressentie, c'est le passage à l'acte, et en général toutes les actions, qu'elles soient dangereuses ou non, mais qui vont au delà de nous-mêmes »¹⁶⁰.

« L'homme aux rats », est mis sur scène par J. Lacan comme jouissance ignorée. Ainsi le passage à l'acte serait une déferlante de la jouissance, incontrôlable par le sujet, non symbolisé au moment de l'acte.

1.2. L'acting-out

J. Lacan pose l'acting-out comme étant de l'ordre de l'évitement de l'angoisse¹⁶¹. L'acting-out est un appel à l'Autre d'où son aspect démonstratif.

¹⁵⁶ J.LACAN, (1962-1963), "Le séminaire, livre X : l'angoisse", Editions du Seuil, Paris, 2004, p 130

¹⁵⁷ Idem, p 131

¹⁵⁸ Idem, p 136

¹⁵⁹ J-C. MALEVAL, "Il n'y a pas d'angoisse psychotique" in Quarto N°85 « Evaluation, Symptôme, Angoisse », nov 2005, p61-62

¹⁶⁰ J.-D. NASIO, "Le plaisir de lire Freud". Editions Payot et rivages, Paris, 1999

¹⁶¹ J.LACAN, (1962-1963), "Le séminaire, livre X : l'angoisse", Editions du Seuil, Paris, 2004, p 137

J. Lacan dans son séminaire sur l'angoisse, met en rapport l'acting-out et le passage à l'acte avec l'objet a :

« Tout ce qui est acting-out est à l'opposé du passage à l'acte (...) L'acting-out avec le a) ... le a) dont il s'agit peut-être pour le sujet le surmoi le plus incommode. »¹⁶².

Il cite alors l'exemple du cas de la jeune homosexuelle de S. Freud.

« Dans l'acting-out, c'est quelque chose dans la conduite du sujet essentiellement qui se montre. L'accent démonstratif, l'orientation vers l'autre de tout acting-out, est quelque chose qui doit être relevé. (...) L'acting-out, essentiellement, c'est la monstration, le montage violé sans doute. (..) Montrant sa cause, c'est ce reste, c'est sa chute, c'est ce qui tombe dans l'affaire qui est l'essentiel de ce qui est montré. (...) l'acting-out, c'est un symptôme (...), à la différence du symptôme, l'acting-out, lui c'est l'amorce du transfert (...), c'est pour s'offrir à votre interprétation »¹⁶³.

L'acting-out se positionne donc du côté de la névrose : un surmoi « incommode » qui culpabilise et met en dette. Il est structuré comme un scénario fantasmatique : une mise en scène du refoulé, qui veut se placer en tant que messager orienté vers l'autre, d'une agressivité « impensable » qui se retourne contre le moi, et qui, dans son fonctionnement apparaît lié à la compulsion de répétition.

L'acting-out ne serait pas un saut dans le réel, mais une fuite par rapport à l'objet a).

1.3. L'acte suicidaire et le mode opératoire

1.3.1 L'acte suicidaire : passage à l'acte ou acting-out

1.3.2 Le mode opératoire

1.3.1. L'acte suicidaire : passage à l'acte ou acting-out

Dans l'acte suicidaire nous pouvons retrouver un acte suscité par un passage à l'acte et également dans sa "monstration", un acte symbolisant un acting-out.

Le passage à l'acte dans l'acte suicidaire :

Le passage à l'acte représente un surgissement du fantasme dans le réel en lieu et place d'une symbolisation manquée, c'est une mise en acte du fantasme. Le fantasme, construction du

¹⁶² J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, p144- 147

¹⁶³ Idem,

désir, s'exprime au travers d'un scénario. Une dramatisation qui tend à se jouer sur la scène du réel en réduisant l'espace réalité-fantasme jusqu'à renverser la position de la réalité vers l'imaginaire – fuite dans l'imaginaire – dans un affaiblissement de la position du conscient. « Le suicidant secrète un monde imaginaire de moins en moins contrôlable par la réalité en passant par des inversions »¹⁶⁴ – mort comme désirable –, renversement de la réalité vers l'imaginaire. Le passage à l'acte suicidaire vient symboliser une sortie, une action, un aboutissement de la pulsion de mort. Le processus qui sous-tend ce mouvement est bien la pulsion de mort, qui vient témoigner de l'échec des pulsions d'autoconservation. L'acte suicidaire est pris en compte pour décrire l'acte autocentré voulant mettre en évidence le désir de mort : mais qu'en est-il de ce désir ? Est-ce un désir de mort, désir de changement ... ?

Le passage à l'acte suicidaire incorporerait le narcissisme primaire par la recherche de la fusion archaïque avec l'objet

Le retournement de l'agressivité contre un objet d'amour sur le Moi propre correspondrait au tableau mélancolique où la « lutte pour l'amour qui a abouti à la perte d'amour » est significative de cette agressivité à l'encontre de l'autre que le sujet s'inflige¹⁶⁵.

« En ce qui concerne tout d'abord la mélancolie, nous trouvons que le Surmoi, très puissant, qui a attiré la conscience de son côté, sévit contre le Moi avec une violence inouïe, comme s'il était accaparé par le sadisme de l'individu. Etant donnée notre manière de concevoir le sadisme, nous dirions que l'élément destructif s'est déposé dans le Surmoi et dirigé contre le Moi ».¹⁶⁶

La substitution de l'identification à l'objet d'amour (objet abandonné) est significative des affections narcissiques qui s'articulent ainsi à la pulsion de mort. Le mode d'identification narcissique du sujet à "l'objet perdu" :

« L'ombre de l'objet tombe ainsi sur le moi qui peut alors être jugé par une instance particulière comme un objet, comme l'objet abandonné »¹⁶⁷.

L'approche de la mélancolie permet à S. Freud de montrer que le sujet

« Ne peut se tuer que lorsqu'il peut se traiter lui-même comme un objet, lorsqu'il est loisible de diriger contre lui-même l'hostilité qui vise l'objet et qui représente la réaction originaire du moi contre les objets du monde extérieur »¹⁶⁸.

¹⁶⁴ Dc Erwin RINGEL

¹⁶⁵ S. FREUD, *"deuil et mélancolie"* Gallimard, 1968, p 154-155

¹⁶⁶ S. FREUD, *"Le Ça et le Moi"*, Œuvres complètes, tome XVI, chap V

¹⁶⁷ S. FREUD, *"deuil et mélancolie"* Gallimard, 1968, p 156

¹⁶⁸ S. FREUD, *"deuil et mélancolie"*, Gallimard, 1968, p 161

L'article de S. Freud sur les choix amoureux montre que tout désir apporte une destruction, la destruction vient dans l'impulsif: donc pas de causalité mais un étayage. L'angoisse face à la perte d'amour domine le tableau suicidaire, cet acte de désespoir coïnciderait avec l'angoisse de perte de l'amour du Surmoi qui entrainerait le sentiment de perte de protection, d'abandon des "forces toutes puissances" du Surmoi. Le sujet se sent abandonné des forces protectrices du Surmoi.

L'acting-out dans l'acte suicidaire

Le désir de retrouver la fusion d'avec l'objet primaire est placé sous le registre conflictuel entre l'angoisse d'engloutissement dans l'objet et l'angoisse d'abandon, de perte : échec entraînant la mort. Cet échec de symbolisation révélerait une défaillance dans le registre symbolique, concernant donc à la fois le désir et le fantasme. Le sujet, défaillant lui-même dans le rapport avec son propre désir – soutenu par le fantasme, choisirait donc la solution de l'acte. S'agit-il d'une fuite devant son propre désir ?

L'acting-out constituerait une fuite par rapport à l'objet et résulterait d'une défaillance du fantasme qui ne peut plus être joué par le sujet. L'acting out signerait un refus du manque à être ou de la division subjective, c'est à dire un refus de la castration. Le suicide de séparation représente un refus radical du manque et de la castration dans une identification massive à l'objet a). Par l'opération de séparation, le sujet tente de se décrocher de la chaîne signifiante. Il tente de produire une chute, une perte, une coupure signifiante. Le suicidant met en scène le « peut-il me perdre ? » de l'opération de séparation et opère sa propre perte dans le réel. Cette identification à la perte, au manque, pour savoir ce qu'il est pour l'Autre, c'est le point fondamental du mécanisme du passage à l'acte suicidaire.

Le processus suicidaire décrit un mouvement temporel de l'acting-out vers le passage à l'acte. Six étapes retracent l'état de désorganisation du sujet¹⁶⁹ : 1- Le « flash » : la pensée, 2- L'idéation suicidaire : l'idée du suicide devient plus fréquente comme moyen de soulagement de la souffrance, 3- La rumination : augmentation de l'intensité de l'angoisse et du sentiment d'impuissance de résolution, le sujet se trouve dans une impasse, 4- La cristallisation : le sujet planifie son suicide et règle "ses affaires", 5- Plan complété : phase de soulagement précédent le geste, présage de la fin de sa souffrance (pas de sa mort), 6- Le passage à l'acte : un

¹⁶⁹ Adaptation de AQPS (Association québécoise de prévention du suicide), programme de formation accréditée, "intervenir en situation crise suicidaire", 2003.

déclencheur permet de mettre en acte l'élaboration fantasmatique. L'INSERM¹⁷⁰ distingue trois étapes dans l'état de crise caractérisant le processus suicidaire : 1- Idéations suicidaires, 2- Glissement vers « l'intention suicidaire » (ruminations, scénarios) : « l'inconscient n'attend que des prétextes pour réaliser des intentions, y compris des "intentions suicidaires semi-conscientes" », 3- Le passage à l'acte suicidaire : le geste suicidaire.

1.3.2. Le mode opératoire

Nous pouvons considérer qu'il existe un mode privilégié par lequel l'acte suicidaire à lieu. L'acte suicidaire se révèle significativement selon la prévalence de certaines modalités d'une relation d'objet, elle-même contrôlée par la fonction phallique. Le suicide ne va pas revêtir la même signification selon que se produira ou non la mise en jeu de la fonction phallique dont nous avons déjà dit qu'elle produisait le sens (sens situé à l'articulation des registres de l'imaginaire et du symbolique). La mise en relation du passage à l'acte et de l'angoisse offre un double frayage du point de vue psychopathologique : 1- d'une part l'acte suicidaire suppose qu'on l'interprète par les modes pulsionnels, ce qui amène naturellement la question de savoir s'il existe une corrélation préférentielle de certains moyens suicidaires (ingestion de psychotropes ou inhalation, phlébotomie...) avec certains objets primordiaux comme le sein ou d'une manière plus générale l'oralité, l'objet regard..., – rappelons que pour S. Freud (1931-1936) les investissements d'objet proviennent des revendications pulsionnelles du ça. 2- D'autre part, l'acte suicidaire est significatif de la mise en acte du fantasme, la mise en scène du geste est signifiante de l'expression du désir de mort.

Les modes pulsionnels permettent d'éclairer et faciliter la compréhension de l'acte suicidaire.

Tableau II, 1-1 : modes opératoires et objets pulsionnels

Oral : passivité (par dépendance) <i>Insécurité</i>	Suicide par ingestion : peut prévaloir de la recherche d'une complétude par les retrouvailles avec le sein maternel. L'acte « oral » symbolise le sentiment d'impuissance et de détresse infantile et par conséquent, plus que tout autre acte, exprime l'appel à l'autre.
Anal : mode réactionnel <i>Revendication</i>	En rapport avec le don, le sacrifice correspondant à la « demande dans l'Autre » (cf p 79) et à la tentative d'exercer une puissance sur l'autre correspondant à la provocation. L'acte « anal » symbolise le désir de pouvoir sur l'autre sous la forme de chantage affectif, moins que l'acte qu'il revêt, ce sont les « marques » laissées : lettre, traces corporelles ...

¹⁷⁰ "Les étapes de la crise suicidaire", par J. Vedrinne, D. Weber, CH-Lyon, in INSERM, "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge", Conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, 19et20 octobre 2000 à Paris 13, 2001pour la publication.

Phallique : volonté punitive <i>Culpabilité</i>	Fuite de la castration symbolique et « châtiment » : la noyade, passage sous le train, ce qui est symbolisé par « l'effacement ». Fuite du regard de l'Autre par l'effacement. La violence de l'acte symbolise une forte agressivité contenue.
Scopique : emprise <i>Déprivation</i>	Le sang : coupure des veines : solliciter le regard, l'intérieur du corps vient à la surface : plus hystérique. (cf p 79) l'objet scopique est associé au désir de l'Autre. Le sujet se reconnaît dans le miroir de l'Autre. Désir de masquer toutes faiblesses par excès de contrôle, de maîtrise. Volonté de prouver, de montrer une force, une puissance plus conforme à l'idéal du Moi.
Surmoi (la voix) : punition	La bouteille de Klein et l'objet voix : ex : la défenestration, la pendaison, l'arme à feu : régression du spéculaire au non spéculaire : plus mélancolie et paranoïa. Résolution dans la culpabilité.

Le 5^{ème} objet est celui qui peut : - dans un mouvement régressif, prendre une signification de la succession des objets précédents et – dans un mouvement de « boucle », le 5^{ème} objet retrouve le 1^{er}.

La défenestration est un type de suicide dont on peut montrer qu'elle correspond à des représentations qui sont particulières dans l'histoire. Elle coïncide, comme la pendaison à une issue plutôt mélancolique. Le sujet tente de fuir sa pulsion qui est *au dedans* : danger que représente le désir indésirable et ne pouvant pas sortir de son propre corps sauf à se jeter par la fenêtre : il sort du cadre, de la scène pour rejoindre le vide. Il n'y a pas de sujet de la pulsion : ce n'est pas le sujet qui se jette par la fenêtre mais « l'objet » : « ça se jette par la fenêtre ». D'où, la possibilité de reconstruction du sujet qui s'en sort et peut construire avec les « restes » (dans son double sens), sur le corps mutilé par la chute, car sa mélancolie est partie dans la chute. Il s'agit d'un changement intentionnel des objets pulsionnels de l'appareil psychique.

Le tore et les fèces : le lieu où se constitue la ligne du symbolique inconscient (la chaîne signifiante inconsciente à l'étage supérieur du graphe du désir) est une place que le symbolique creuse dans le réel, dont la représentation topologique est celle du tore où dans le vide central se trouve la Chose. Les deux espaces du tore, c'est à dire l'espace intérieur et l'espace extérieur sont séparés par une surface qui est la fonction du langage : « la parole est le meurtre de la Chose ». Sur la surface du tore se forment les circuits de la pulsion et en espèce ceux de la Demande qui « ratent » l'objet a (qui est aussi du réel). Le modèle topologique du tore sera d'un maniement plus complexe, étant précisé que l'agressivité du sujet, ici retournée contre lui-même, fait appel à la présence de la figure d'un grand Autre

maternel, mais ici, et en l'espèce, dotée d'un image spéculaire constituée et réputée désirante, ou adressant une Demande.

Tous les passages à l'acte suicidaire argumentant le prétexte de la frustration, c'est à dire du refus par un agent symbolique d'une preuve d'amour sous la forme de la restitution de l'objet réel dont le sujet s'estime imaginativement lésé, peuvent relever de ce modèle. L'angoisse de castration est déterminante dans le passage à l'acte suicidaire du névrosé (également chez le pervers). La faiblesse des défenses du moi face à l'afflux pulsionnel met le sujet sous la dépendance du fantasme.

2. Du passage à l'acte au « recours à l'acte » : la crise suicidaire

2.1 Les réactions du Moi devant la pulsion

2.2 Le rapport de l'acte primaire et du trauma originaire dans l'acte

2.3 Les 3 étapes du processus dynamique de la crise

2.4 La répétition

*"Au temps de la négation, il pouvait être utile de s'interroger sur le problème du suicide. Au temps des idéologies, il faut se mettre en règle avec le meurtre."*¹⁷¹

A. CAMUS.

La « crise » suicidaire permet de préciser un fonctionnement en termes de crise, une mise en acte suite à une effraction du pare-excitation, une perturbation du système de régulation, une menace de désorganisation psychique face au débordement du système d'auto conservation. De cette façon, tout naturellement le « recours à l'acte » définit plus précisément le processus interne : recours à l'acte pour rompre l'insupportable à vivre que ce soit par le mouvement agressif, ou destructif (dysfonctionnement organique, somatique ou agressif). Le mécanisme réactionnel face à une désorganisation complète, reflète l'incapacité du rôle médiateur et régulateur du moi entre la réalité extérieure, les forces du Ça et le Surmoi. Mécanisme réactionnel qui met en exergue l'existence d'une forme pulsionnelle de déliaison représentée sous la forme d'une pulsion de mort.

¹⁷¹ A. CAMUS, " Homme révolté", 1951, p. 14.

Le processus dynamique de la crise

La défense envers la réalité psychique passe nécessairement par un acte de décharge permettant la diminution des tensions : il s'agit donc bien d'un « recours à l'acte », une abréaction par les gestes à défaut de la parole (ou conjointement). En axant notre observation sur le "moment de rupture" – moment du surgissement d'angoisse sous forme d'agir –, nous concevons donc davantage la mise en acte comme un « recours à l'acte ». Le déclenchement de la "crise" est un aménagement défensif contre la déstructuration mortelle du sujet.

L'angoisse paroxystique illustre cette :

« Angoisse qui va être insupportable (lors du surgissement pressenti) avec un recours à la crise pour faire le vide. (...) La crise représente bien l'assomption de la violence retournée contre soi, avec disparition de toute représentation. Ce serait le paradigme du "recours à l'acte", celui-ci ayant valeur d'extrême destructivité pour abolir toute pensée »¹⁷².

Pour G. Caplan¹⁷³, la crise est caractérisée par un état de tension intérieur qui désorganise le fonctionnement psychique au point d'entraîner une période prolongée de perturbation émotive. Le processus de crise se déroule en cinq étapes : 1- L'état d'équilibre émotif dont l'objectif est de retrouver ou maintenir cet équilibre, 2- L'état de vulnérabilité caractérisé par l'augmentation des tensions internes et l'échec des aménagements défensifs, 3- L'état de crise qui caractérise le débordement pulsionnel : état de déséquilibre et de désorganisation aiguë, 4- L'issue de la crise (positive, neutre, négative) : résultat de la gestion de la crise, 5- L'état de récupération correspond à la baisse des tensions internes ressentie comme un apaisement, il s'agit d'un effet abréactif mais non résolutif.

La crise suicidaire

A toutes crises ne correspond pas nécessairement une crise suicidaire mais l'angoisse paroxystique oriente plus précisément la crise vers "la crise suicidaire" qui s'inscrit à l'intérieur du processus de crise. L'intérêt pour le concept de crise suicidaire est déterminé par son aspect protéiforme et son élaboration processuelle, ce qui détermine une observation

¹⁷² Claude BALIER ; *"La violence en abyme"*, PUF, Le fil rouge, Paris, 2005, p 82

¹⁷³ Selon Caplan (1964) la crise est "une période relativement courte (temps défini) de déséquilibre (perte de contrôle) psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux (vécu comme une menace - réelle ou appréhendée) qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problème". "un état qui se produit quand une personne fait face à un obstacle, à un des buts importants de sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème. Une période de désorganisation s'ensuit, période d'inconfort durant lesquelles différentes tentatives de solution sont utilisées en vain. Éventuellement, une certaine forme d'adaptation se produit qui peut être ou non dans le meilleur intérêt" (G. Caplan in "Intervention de crise, en situation de crise et en contexte traumatique", M. Seguin, A. Brunet, L. Leblanc, Editions Gaïtan MORIN, Montréal, 2006, P6)

privilegiée de l'angoisse paroxystique. La crise suicidaire reflète une diversité d'expressions économiques de la pulsion de mort. La crise suicidaire caractérise une crise psychique qui peut prendre des aspects divers, plus ou moins reconnaissables et visibles. Elle vient signifier un moment d'échappement d'un flux d'excitations que les moyens de défenses intrapsychiques ne peuvent contenir. Le système de régulation assurant l'homéostasie interne est perturbé, débordé et engendre toutes formes de conflits intrapsychiques. La "crise" vient signifier un point d'arrêt, de rupture et une mise en acte: un « recours » à l'acte qui diverge selon l'expression et la voie de sortie du conflit intrapsychique. "Psychique" dans ce sens que la souffrance n'est pas aussi apparente qu'une souffrance physique: elle provient du processus psycho dynamique. La somatisation ou l'acte d'auto agressivité vient détourner l'affect émotionnel générant un soulagement, un apaisement. La crise peut aboutir à une rémission (décharge d'excitation pulsionnelle suffisante) et prendre diverses formes de « recours » à l'acte. "Suicidaire" souligne le danger d'un des prolongements possible de la crise: le suicide. La crise suicidaire souligne la tentative de réduction des tensions internes provenant du flux incessant de la pensée d'où une certaine confusion mentale et de l'angoisse au centre de la problématique.

La conduite suicidaire résulte d'événements précipitants qui raniment l'angoisse d'abandon, de perte et provoquent une douleur intolérable telle que la frustration, la culpabilité, le sentiment de trahison ou d'échec La conduite suicidaire convoque le social (environnement, événement de vie) dans ce qui est propre à l'individu, son profil psychopathologique. Selon le processus psychique que le sujet privilégie – Insécurité, Revendication, Culpabilité, Déprivation (Cf conclusion partie I) –, la conduite suicidaire va se singulariser, les aménagements défensifs apparaissent comme un "recours à l'acte" nécessaire pour faire face au conflit pulsionnel.

2.1. Les réactions du moi devant la pulsion :

« L'objet de la pulsion est ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but »¹⁷⁴

La régulation ou la tentative de résolution de l'angoisse devant la poussée pulsionnelle passe par le refoulement. Les conflits d'origine pulsionnelle se jouent entre les désirs et les défenses et le refoulement correspond "à une tentative de fuite du moi devant la libido", éprouvé

¹⁷⁴ FREUD, 1915 a

comme un danger. La libido ressentie doit être contenue parce que, perçue comme irréalisable, elle est transformée en angoisse:

« ...on ne peut écarter l'idée que la libido des processus du ça subit une perturbation sans l'incitation du refoulement. Il peut donc continuer à être exact que, dans le refoulement, de l'angoisse se forme à partir de l'investissement libidinal des motions pulsionnelles »¹⁷⁵.

C'est par la motion pulsionnelle que l'action se forme d'où le rapprochement, pour A.Green, du rapport entre la pulsion et l'action de préférence au rapport action – représentation. L'action spécifique répondrait à l'instance économique dans la problématique de l'acte, il s'agit d'une action de décharge de l'excès énergétique qui répond à la satisfaction de besoin (en rapport avec l'autoconservation).

Dans l'incapacité de gérer cette émergence d'angoisse, le moi va fuir. La représentation libidinale devient inconsciente par la force du refoulement afin de satisfaire les défenses inconscientes. Le sujet, incapable de créer autre chose que de l'angoisse va se replier sur lui-même. Le Moi va s'imposer cette inhibition, se mettre dans une situation d'évitement, impuissant à produire un symptôme entraînant une décharge pulsionnelle. L'inhibition se différencie du symptôme, « les inhibitions sont les restrictions des formations du moi, soit par précaution, soit à la suite d'un appauvrissement en énergie »¹⁷⁶. L'inhibition, en tant que limitation fonctionnelle du Moi, participe au processus de défense contre les pulsions internes dans un but d'autoconservation.

La formation du symptôme devient alors nécessaire comme mécanisme de décharge pulsionnelle dans une tentative de réalisation partielle de désir inconscient par le symptôme pour accéder au principe de plaisir.

« Le symptôme serait indice et substitut d'une satisfaction pulsionnelle qui n'a pas lieu, un succès du processus de refoulement »¹⁷⁷.

Il permet alors au refoulé de se détacher du ça, le moi projette les représentations et les affects ressentis comme dangereux dans la réalité extérieure, le refoulé devient alors extérieur au moi. Nous pouvons considérer ici la formation du symptôme comme un compromis régulant le conflit refoulé désirs / défense, formation substitutive de la pulsion désir du ça. Ce processus de déformation se poursuit jusqu'à ce que la manifestation symbolique du désir

¹⁷⁵ S. FREUD,(1926) "*Inhibition, symptômes et angoisse*" (I.S.A.), PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002,§ 138, p24

¹⁷⁶ Idem, §117

¹⁷⁷ idem

inconscient soit tolérée par le moi. Les nouvelles défenses sont induites par le signal d'angoisse.

Selon S. Freud, l'essence de la pulsion se situe à l'intérieur de l'organisme et se manifeste comme une force constante face à laquelle le sujet n'a aucune possibilité de fuite motrice.

La pulsion est caractérisée par sa poussée, sa source, son but qui est toujours la satisfaction, et un objet par lequel elle peut atteindre ce but.

« La source est un état d'excitation dans le corporel, le but, la suppression de cette excitation, c'est sur la voie de la source au but que la pulsion devient psychiquement efficiente. (...) On parle de pulsions actives et passives ; même pour atteindre un but passif il est besoin d'une dépense d'activité. Le but peut être atteint sur le corps propre, en règle générale se trouve interposé un objet externe, sur lequel la pulsion atteint son but externe ; son but interne reste, chaque fois, la modification corporelle ressentie comme satisfaction »¹⁷⁸.

Le fonctionnement psychique n'est pas exclusivement dominé par la tendance au plaisir, souvent, de manière masquée, intervient une tendance à l'autodestruction. L'autodestruction, expression de la pulsion de mort, réinstalle l'état inorganique, « re-supprime la vie ». S. Freud décrit deux modes de gestion des pulsions qui sont le principe de plaisir et le principe de réalité. Le principe de plaisir a pour but de ramener au plus bas une tension ressentie comme désagréable et menaçante pour l'équilibre du moi. Le principe de réalité exige l'ajournement de la pulsion, entraînant un certain déplaisir qui a un caractère transitoire.

Le désinvestissement libidinal du moi et la résignation narcissique renvoient au sujet un sentiment de haine, d'abandon du surmoi qui correspond à un vide, une perception inquiétante et alimentent l'obsession gravitant autour de la mort: la pulsion de mort. Le concept de pulsion de mort désigne par là une jouissance incluse dans le symptôme. Selon A. Green, la demande du Surmoi correspond à la négation de la demande du Ça, soit le renoncement à l'exigence de satisfaction pulsionnelle. Le vécu d'anéantissement annonce l'anticipation et la crainte du vide, de la fin, que ce soit du principe de plaisir ou de la désagrégation de la vie biologique. La mort est présente partout, d'où le désarroi qui rend imminente cette angoisse de la mort et la mort elle-même. Cette angoisse de mort représente "l'angoisse pour la vie" dans la projection du surmoi sur la réalité extérieure. L'angoisse de mort va à l'encontre de l'équilibre intrapsychique du sujet qui s'articule autour du principe de plaisir. L'angoisse n'est que la conséquence du déplaisir, de l'échec de l'aboutissement du principe de plaisir. C'est à cette

¹⁷⁸ S. FREUD : (1931-1936), *"Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse"*, Œuvres complètes. Tome XIX, PUF, Paris, 1995, p 179, §103

nécessité de tolérer du déplaisir qu'a été donné le nom de principe de réalité. Il précise que cette pulsion va conduire le sujet à

« Répéter le refoulé comme une expérience vécue dans le présent au lieu de se le remémorer comme un fragment du passé »¹⁷⁹.

Ainsi, cette pulsion de mort est observable au quotidien et se signale par les phénomènes de répétition. A partir de 1920, l'acte serait relié à la compulsion de répétition. La déliaison destructrice nécessite la reconstruction permanente de réinjection pour l'appareil psychique. Le besoin de réinstaurer un état antérieur correspondrait à

« L'affirmation du caractère régressif des pulsions (qui) repose aussi, il est vrai, sur du matériel observé, notamment sur les faits de la contrainte de répétition »¹⁸⁰.

C'est dans l'analyse du transfert et de la compulsion de répétition qu'apparaît la notion "d'Agieren". Précurseur de la pulsion de mort, l'agieren se situe à l'interface entre l'action et la représentation. La mise en acte que l'agieren réalise lors du transfert (en tant que réactivation d'un affect) stoppe la compulsion de répétition inconsciente en mettant en scène le fantasme (sorte d'acting-out). Il s'agit à la fois d'un agir en acte et un agir verbal. On pourrait considérer cela comme la réminiscence de la scène intrapsychique de la représentation. L'opération psychique de l'agieren correspondrait à la parole qui donne sens et acte aux réminiscences traumatiques primaires. Dans "remémoration, répétition, perlaboration" de J. Lacan, elle est mise en valeur dans l'association libre qui tient compte de la répétition qui traduit en acte le souvenir. La répétition est ce qui vient marquer la résistance au retour du refoulé, c'est une action inconsciente.

Il y a une lutte entre les forces de destruction (Thanatos) et celle de structuration (Eros) qui génère l'angoisse profondément ancrée dans l'inconscient. Selon Green, pulsions de vie et pulsions de mort ne diffèreraient que par leur degré de régression (relative au caractère répétitif et régressif de toute pulsion). Par ailleurs, nous devons préciser que cette pulsion de mort est à différencier de l'agressivité. La pulsion de mort n'a pas d'intention : S. Freud l'a décrite d'un point de vue économique. Elle ne concerne pas l'autre, mais bien le sujet.

¹⁷⁹ S. FREUD, *"Au-delà du principe de plaisir"* dans essais de psychanalyse, Payot, 1981, p57-58.

¹⁸⁰ S. FREUD : (1916-1920) *"Au delà du principe de plaisir"* in œuvres complètes, tome XV, PUF, 1996, p 333, §64

2.2. Le rapport de l'acte primaire et du trauma originaire dans l'acte: résurgence du trauma infantile sur la scène du réel.

La fuite du réel traumatique, par l'intensité de l'angoisse, représente un retour à l'acte originaire. En effet la 1^{ère} identification, le trauma originaire, événement fondateur se réactive dans son schéma initial. La formation réactionnelle de défense organise le symptôme suicidaire sur ces bases originaires.

Nous pouvons reprendre la question de J. Lacan :

« Comment allons-nous définir l'acte ? », « par sa relation polaire à l'angoisse, par ce qui s'y passe de surmontement de l'angoisse ... ? » (...) « Nous parlons d'acte quand une action a le caractère d'une manifestation signifiante où s'inscrit ce que l'on pourrait appeler l'état du désir. Un acte est une action en tant que s'y manifeste le désir même qui aurait été fait pour l'inhiber. »¹⁸¹

2.2.1. Le rapport Moi - Idéal du Moi

Le rapport Moi – Idéal du Moi est un des traits identificatoire. Le conflit entre les deux instances est éliminé par l'acte.

S. Freud : « dans son principe, l'Idéal du Moi est une instance régulatrice qui joue au niveau des identifications, également un rôle dans le rapport du désir à la réalité, tant par l'amplification de la valeur de l'Objet du désir que par des retombées sur le moi-même de ces idéalizations ».

L'idéal du Moi, en relation avec la 1^{ère} identification correspond à l'assimilation et à l'intégration des croyances et des interdits des fonctions parentales. L'idéal du moi coïncide avec ce qu'il y a de plus pulsionnel au niveau du surmoi. La tension entre le moi et le surmoi se traduit par un sentiment de culpabilité et engrange l'état d'inhibition. La tension entre le moi et l'idéal du moi se traduit par un sentiment de honte.

Par son acte, le sujet sort de son état d'immobilisme, d'inaction, d'isolement – créé par l'inhibition et qui entraîne la dépression – par la décharge agressive. L'agir, comme mise en acte, permet au sujet de sortir de l'impuissance totale qu'entraîne le trauma. L'idéal du moi dans le passage à l'acte est un acte de violence reflétant la terreur, la cruauté et est, par

¹⁸¹ J.LACAN, (1962-1963), *"Le séminaire, livre X : l'angoisse"*, Editions du Seuil, Paris, 2004, p 367

conséquent, plus dangereux que l'interdit du surmoi. Il correspond au "tout ou rien" où il n'est plus question que de vie ou de mort, tuer ou être tué.

2.2.2. L'inhibition: retrait et isolation.

Le sujet se bat pour sortir de son isolation. L'agir, dans le processus d'angoisse paroxystique, vient sortir le sujet de l'impasse relationnelle et le libère de l'angoisse, tentative qui peut se faire au détriment d'autrui: la frontière est fine entre suicide et violence, dès lors qu'ils représentent une décharge d'agressivité. Les comportements explosifs ou agressifs : des agressions verbales au retrait psychologique, libèrent le sujet d'une partie des tensions internes. L'impossibilité de contenir l'angoisse envahissante et déstructurante par les aménagements défensifs habituels renforce les conflits entre forces pulsionnelles de vie et de mort, la formation réactionnelle agit par excès : excès et désorganisation des déplacements dynamiques. Les tensions internes et externes sont rendues alors à un seuil critique; on observe alors une amplification catastrophique des affects: agir limite et sidération interne. L'acte tente de réduire les tensions internes et devient nécessaire devant l'impossibilité de contenir une angoisse envahissante et destructrice. C'est un agir limite pour sortir d'une situation bloquée générant une détresse absolue. Il équivaut à un processus de mise à l'épreuve des forces de survie car l'angoisse de perte et l'angoisse de se perdre par le vécu intense de déréalisation et de dépersonnalisation (peur de la folie, de la mort) ne peut s'apaiser que lorsque le processus est déclenché. L'angoisse de mort se retourne en désir de mort lorsqu'elle devient trop intense.

L'acte suicide poursuit son processus de décharge jusqu'à la limite mortelle. Ce trop de décharge des tensions internes va constituer une nouvelle effraction du moi exerçant des effets surmoïques et un retournement d'une défense en désorganisation (principe de déliaison). La mise en acte est massivement culpabilisée comme le sont les désirs inconscients qui le soutiennent, exigeant une exclusion pathologique hors de la conscience du sujet. Le franchissement (passage) renvoie à la notion de rupture, d'effraction, à une perturbation du système de régulation; en effet, il n'existe plus de substitut mais un passage direct pour évacuer toute inhibition. Mais l'inhibition de l'agressivité et de fuite provoque un rétrécissement de l'affectivité et un accroissement de l'agressivité. Le suicide réactionnel névrotique se définit par une organisation systématique de symptômes liée à un conflit de la relation d'Objet, (cependant il existe une différence avec l'obsessionnel qui diffère indéfiniment tout passage à l'acte). Le suicide psychotique, lui, se définit par l'inorganisation

et la désintringation. Cependant l'acte suicide "sans rémission" est toujours à considérer comme un passage à l'acte car il s'effectue toujours dans un état psychotique. Pour Jonkeere, le passage à l'acte correspond à une décompensation psychique.

2.2.3. L'acte et le fantasme ou défaillance du fantasme :

Après la distinction effectuée entre acting-out et passage à l'acte, nous insistons sur la relation entre ces actes et la défaillance du fantasme, qui permet l'émergence d'une jouissance alors incontrôlable. Nous avons vu comment le sujet confronté au désir de l'Autre, va construire le fantasme, pour parer à l'angoisse émergeant de l'énigme de son désir. L'objet du fantasme, le petit a) soutient le désir du sujet évanescent (\$). Le fantasme, en recouvrant le manque de l'Autre, vient comme résistance à la castration et la sous-entend en même temps. L'acte survient dans des moments de défaillance du fantasme, laissant surgir la question du désir de l'Autre.

Par exemple, le phobique présentant une phobie des ponts va, en quelque sorte effectuer une forme particulière d'agir, qui est le non-agir. Le phobique réaménage sa réalité et ses actes en fonction de son fantasme. L'obsessionnel, lui, met en place toute une série de rituels d'acte, afin d'éviter un acte précis. Et le sujet hystérique est poussé vers l'acte à travers la recherche de cette complémentarité (fusion de l'autre).

Le sens que nous donne l'acte dans la représentation est celui que décrit Michèle Perron Borelli par son concept de la "représentation d'action"¹⁸² : elle le situe dans le prolongement de l'action spécifique et à l'interface de l'acte et de la représentation. La représentation d'action est constitutive du fantasme. C'est l'action réelle: comportementale ou verbale, qui permet la décharge d'excitation activée par le désir. L'action du fantasme suppose un processus d'élaboration intrapsychique. La réalisation du désir implique des liaisons qui dépendent des interdits du Surmoi, des barrières du ça et de la confrontation à la réalité. Le fantasme apparaît comme une mise en acte, une mise en scène au service du désir. La représentation d'action donne une idée du mouvement pulsionnel de la poussée au but. Alors que l'objet de la pulsion – le besoin, la satisfaction – reste principalement un objet extérieur, l'objet du désir introduit le manque et l'objet perdu: c'est un objet interne dont la satisfaction suppose une liaison avec l'objet externe, d'où le fait que la représentation de l'objet interne doit se modifier au contact

¹⁸² M.PERRON BORELLI: "*dynamique du fantasme*", PUF, 1997

de l'objet externe le mettant en relation avec la réalité extérieure. Le fantasme sous-tend l'orientation et le choix d'objet externe. Le mouvement, l'action ne peut se réaliser sans « que les buts et les moyens de cette satisfaction puissent être eux-mêmes qualifiés et représentés ». La représentation d'action qualifie la décharge pulsionnelle en se transformant en fantasme qui implique en lui-même un travail de liaison intrapsychique. La résolution de la tension interne, de l'interne à l'externe crée un renversement actif-passif (tel que séduit-être séduit). La construction fantasmatique et l'orientation pulsionnelle vers le but deviennent possibles grâce aux traces mnésiques (sensorielles et motrices) induites lors des premiers investissements pulsionnels de l'objet primaire, avec l'expérimentation du manque et de la perte de l'objet.

2.2.4. La mise en acte peut-être conditionnée par une attitude passive ou active

Les réactions aux traumatismes et leurs retentissements peuvent être regroupées sous des attitudes s'organisant sous des modes actifs ou passifs. Le terme "attitude" est utilisé pour décrire une disposition mentale déterminée par l'expérience à l'égard du processus psychique spécifique au sujet et qui porte à agir de telle ou telle manière. L'attitude choisie par le Moi dictera le comportement sous-tendant le recours à l'acte.

« Chaque individu possède un niveau optimum de stimulation et un niveau optimum d'activation, caractérisant son activité cognitive, motrice, et sa tonalité affective positive » (Zuckerman, 1969)¹⁸³

Les attitudes apparaissent de manière dichotomique selon:

Un pôle positif : un versant actif, surcompensé

Un pôle négatif : un versant passif (abdication, renoncement, résignation)

Les mises en actes, relevant du processus d'angoisse paroxystique, diffèrent selon les sujets, l'étude des attitudes cherche à saisir les façons de réagir des sujets vis-à-vis de l'état conflictuel intrapsychique.

¹⁸³ Citation reprise dans l'article de Solange CARTON, "La recherche de sensations : quel hédonisme ?", in Revue Internationale de psychopathologie, 1995, N°17, P71-93

2.3. Les 3 étapes du processus dynamique de la crise:

2.3.1 1^{ère} étape: état de vulnérabilité

2.3.2 2^{ème} étape: état de crise correspondant à l'agir

2.3.3 3^{ème} étape: l'issue de la crise

Nous avons montré le rôle primordial de l'angoisse dans le mouvement de la crise, nous allons maintenant aborder le versant longitudinal de la crise en détaillant trois principales étapes observables. Les attitudes actives/passives vont être replacées dans le contexte de recours à l'acte et vont montrer leurs rôles dans le comportement.

Des processus suicidaires (p 142) et de la crise (p146), nous retiendrons un processus dynamique du « recours à l'acte » en 3 étapes principales:

1. La phase précédant la mise en acte correspondant à l'état de vulnérabilité.
2. La phase du passage à l'agir correspondant à l'état de tension psychique à son paroxysme, la "fuite du Moi", l'impossible à décrire jusqu'à la décharge dans l'acte, relevant de l'état de crise.
3. La phase post-agir correspondant à l'issue de la crise jusqu'à la récupération de l'état d'équilibre précédant (abréaction et non résolution).

Les équivalents des conduites suicidaires, précisément dans le recours à l'acte, sont présents dans notre expérimentation dans les conduites ordaliques, l'automutilation, le refus de soins (dénier de soi), l'addiction, altération brusque organique ou fonctionnelle (probable "dysévolution" fonctionnelle). L'idéation suicidaire lorsqu'elle est conjointe au repli sur soi, à l'inhibition.

L'observation du comportement va désigner le recours à l'acte. Comportement suivant la définition :

« Un comportement, étant l'expression motrice finale de processus psychobiologiques endogènes, ne pourrait être une maladie en lui-même. Mais un comportement pourrait être sous-tendu par des processus pathologiques ; dans ce cas, il est l'expression de cette maladie. » (...) « En prenant comme référence le maintien de l'intégrité de l'organisme, un comportement pourrait être adéquat ou "dysadéquat". Exemples de comportements dysadéquats : – Comportements ne satisfaisant pas qualitativement et quantitativement les besoins somatiques. – Aggression. – Toxicomanie. – Suicide. – ... », (à distinguer du comportement adapté et inadapté) « Un comportement inadapté serait un comportement non adapté aux

normes culturelles en vigueur. En général, un comportement inadapté ne serait ni pathologique ni dysadéquat. »¹⁸⁴

2.3.1. Première étape : état de vulnérabilité

Cette première étape peut-être plus ou moins longue selon les déterminants de la crise allant de l'élaboration, construction idéative à la crise plus impulsive notamment lorsque le sujet, en position de vulnérabilité assiste à un événement traumatisant constituant un débordement.

D.L. Campbell évoque un fantasme particulier, un "fantasme suicidaire" se révélant dans l'état pré-suicidaire où

« Le patient est à des degrés divers sous l'influence d'un fantasme suicidaire qui reflète la relation entre lui-même et son corps, d'une part, et entre lui-même et autrui, d'autre part. (...) Le fantasme suicidaire est la force motrice qui sous-tend le passage à l'acte : tuer le corps réalise le fantasme »¹⁸⁵.

- La demande implicite :

Incapable de faire face soi-même à l'angoisse, l'appel est une demande d'intervention extérieure pour trouver une solution soit par pulsion d'en parler car la souffrance trop difficile à contenir, soit par pulsion d'emprise et entraîner l'autre dans un chantage affectif.

Le geste force l'attention de l'autre pour que la souffrance soit reconnue : le sujet attend l'intervention de l'Autre comme témoin de sa souffrance, le geste est un moyen de communiquer lors d'un ressenti de solitude profond, d'isolement mais également lors d'incapacité à communiquer après un conflit, une frustration, trahison ou colère: l'acte vient canaliser l'émotion et exprime un ressentiment envers un autre défini.

Une demande pas clairement adressée : un agir autocentré qui s'adresse toujours à l'Autre: « il n'y a de surmontement de l'angoisse que quand l'Autre s'est nommé »¹⁸⁶ (place du transfert dans l'analyse et la question du désir de l'Autre), un agir qui permet au névrosé de mettre en

¹⁸⁴ Texte de 2001 dans "santé.maladie htm". (Dysadéquat *adj.* (psychobiologie) : *Néologisme* formé à partir du grec *dus*, exprimant l'idée de difficulté, de manque, et du substantif "adéquation". Il est proposé d'appeler "dysadéquation" l'ensemble des contextes sociaux et culturels, ainsi que l'ensemble des états physiologiques, psychiques ou comportementaux qui ne sont pas en adéquation avec la Réalité psychobiologique du sujet et écologique de la biosphère. Un état de dysadéquation impliquerait soit une altération actuelle et avérée de l'intégrité d'un organisme, soit une forte probabilité d'altération future, directe ou indirecte, de l'intégrité d'un organisme.)

¹⁸⁵ Donald L. CAMPBELL : "L'état pré-suicidaire chez une adolescente", in la revue *Adolescence* : « mettre en scène », 5/2005, p717

¹⁸⁶ J.LACAN, (1962-1963), "Le séminaire, livre X : l'angoisse", Editions du Seuil, Paris, 2004, p 390

scène le désir sans le découvrir. Pour J. Lacan, la mort par suicide est le seul acte sans compromis.

- **L'élaboration idéative:**

Le sujet, en proie à une montée progressive de tension psychique, est submergé par le sentiment d'impossible résolution de son problème ou de décharge tensionnelle.

Dans le passage à l'acte, l'intentionnalité du geste comme seule voie d'échappement apaise le sujet comme s'il avait enfin trouvé la solution. La décision fait cesser la cogitation. Lors de l'acting-out, l'idéation suicidaire renforce l'appel à l'autre, le sujet craint un comportement incontrôlé qui peut mettre sa vie en danger.

- **Le retrait :**

Le Moi se fige dans une déstructuration massive, un anéantissement qui peut prendre la forme d'un dysfonctionnement organique massif.

- **L'impulsivité:**

Dépend de la capacité de l'individu à s'adapter aux événements de vie, ponctuels ou répétitifs. L'impulsivité de la conduite suicidaire apparaît instinctive et soudaine. Le raptus suicidaire représente une des formes impulsives du geste où cette étape de vulnérabilité est réduite et ne peut donner lieu à une interprétation préventive.

Il n'est pas forcément aisé, durant cette période, de reconnaître l'imminence du geste suicidaire. La décision, en effet procure un apaisement perçu par l'entourage comme une amélioration de l'état psychologique du sujet.

- Elle peut exister de manière sous-jacente et apparaître dans les conduites à risque: ni le sujet, ni son entourage ne comprend le comportement comme expression auto destructive de soi.
- Le sujet peut garder sa souffrance pour lui, craignant le jugement de l'autre: ce sont les patients qui consultent le généraliste pour des maux du "corps", escomptant l'œil avisé du médecin. Ces patients développent des troubles psychosomatiques dominant leur souffrance et consultent de manière répétitive.
- Le sujet dont les idéations suicidaires persistent, clame sa souffrance, crie son désespoir, et/ou s'ensuit un renfermement dans des discours intérieurs, ces ruminations en excès replient le sujet sur lui-même et passe plus facilement à la "cristallisation" – mise en œuvre et gestion des affaires –.

L'observation de la phase pré-suicidaire semble contrecarrer l'apparente soudaineté du geste.

2.3.2. Deuxième étape: état de crise correspondant à l'agir.

Cette phase peut-être remarquée comme la continuité du processus de crise: aboutissement de l'aménagement défensif intrapsychique qui tente de résoudre l'excès d'excitations pulsionnelles par un geste d'ultime destruction. La déliaison et la désorganisation psychique qui en découlent, viennent mettre fin à l'excès d'excitation pulsionnelle.

L'idée de mort, lors de l'agir, est considérée comme ultime recours. Elle devient obsessionnelle et prend place au ressassement d'idées négatives et destructrices: la mort est apprivoisée et se dissocie ainsi de l'angoisse. Cette perspective alimente le comportement répétitif de passage à l'acte.

L'acte peut être conditionné par la colère, la révolte va entraîner davantage un geste impulsif. Le geste a pour but de montrer sa souffrance à l'autre, pour rechercher la compassion de l'autre: elle est plus significative de la demande, de l'appel à l'Autre. Le suicidant « force l'attention, la relation, l'intervention de l'autre, c'est-à-dire qu'il en fait d'une certaine façon son objet, en court-circuitant l'espace et le temps de la demande »¹⁸⁷.

Lorsqu'il apparaît dans la conduite à risque, le sujet s'offre au regard de l'autre, il jouit de sa toute puissance ressentie lorsqu'il affronte, combat la mort.

Le dysfonctionnement somatique, tel que, par exemple, l'accident cardiovasculaire peut-être une manifestation de l'arrêt momentané de toute action pulsionnelle : l'atteinte du niveau zéro.

2.3.3. Troisième étape: l'issue de la crise

L'efficacité intrapsychique apparaît lors de cette période post-acte. Nous ne tenons pas compte de la "mise à mort psychique" *réalisée*, elle ne peut signifier un recours à l'acte efficace, puisque le Moi n'est pas en état de récupération mais décrit l'échec de la pulsion de vie sur la pulsion de mort.

¹⁸⁷ "Les étapes de la crise suicidaire", par J. Vedrinne, D. Weber, CH-Lyon, in INSERM, "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge", Conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, 19et20 octobre 2000 à Paris 13, 2001pour la publication.

Nous considérons donc les "dérivées de la crise", les retentissements ressentis par le sujet au sortir de la crise. Les dérivées diffèrent selon que :

- La décharge pulsionnelle peut suffisamment soulager le sujet et par conséquent résoudre la crise. L'appel offert à l'autre est entendu, la problématique est résolue: mais peut entraîner une persistance de la pulsion d'emprise comme puissance sur l'autre.
- Le geste entraîne un soulagement momentané qui laisse peu à peu les affects refaire surface.
- La signification de l'angoisse n'apparaît pas, et conduit à un nouveau processus, une nouvelle crise peut faire suite à la précédente puisque le flux d'excitation n'est pas canalisé, ni résorbé mais simplement "vidé". L'angoisse persiste et le sujet retrouve l'envahissement de l'idée de mort. Ou encore, la colère après le geste est maintenue et peut entraîner d'autres passages à l'acte avec renforcement de la dangerosité de l'agir.

La fonction du recours à l'acte peut prendre une valeur de rétablissement : dans la confrontation du Moi avec le Ça et le Surmoi, la récupération psychique peut signifier une équilibration – retour au même, regagner ce qui a été perdu, vie plus saine. Une intention de transformation positive –, le sujet tend vers l'appropriation de son désir – sublimation (créative), temps à rattraper, nouvelle vie, auto-engendrement, extrapolée pour certains jusqu'à la fascination–

Par le recours à l'acte, le sujet – tout au moins le Moi –, tente de sortir de la « scène du réel » dans le désir de se réapproprier son intégrité psychique¹⁸⁸.

L'agir – geste ou "déflagration" corporelle – ne peut être interprété à partir des événements actuels qui ne sont généralement que le prétexte (facteur) déclencheur justifiant le recours à l'acte. Il est par conséquent important de considérer l'agir comme l'aboutissement de l'effet processuel, évolutif de l'angoisse paroxystique.

¹⁸⁸ Définition générale d'intégrité psychique : l'intégrité psychique serait lésée dès la non satisfaction d'un besoin neurostructurel ou psychique, ou le vécu trop intense d'une émotion, en général négative.

2.4. La répétition

2.4.1 Phase positive de la répétition

2.4.2 Phase négative de la répétition

2.4.3 La récidue

La répétition peut être considérée comme une interpellation, une réparation ou un effet de mémoire.

2.4.1. Phase positive de la répétition

Nous avons noté dans le fonctionnement pulsionnel¹⁸⁹ que la notion de compulsion de répétition définit par S. Freud repose sur la notion de trace mnésique et de décharge, elle remet en cause le principe de plaisir dans lequel le sujet recherche la décharge. La compulsion de répétition se manifeste sous la forme d'une pulsion de destruction où se mélangent Eros et Thanatos. Un traumatisme éveille les "mesures défensives du psychisme", les répétitions ont pour but de réduire peu à peu l'angoisse, l'événement se répète jusqu'à ce qu'il soit élaboré et intégré correctement, la répétition est reconnue alors comme effacement. Les défenses intrapsychiques essaient de retrouver l'objet perdu lié aux premières expériences de satisfaction, le mouvement du désir est conduit par ces expériences qui ont produit des perceptions restées sous la forme de traits mnésiques. Ces traits sont réinvestis lorsque l'excitation du besoin réapparaît. Dans "le jeu de la bobine", l'enfant qui joue au *fort-da*, où se noue des opérations d'effacement et de présence, de présence à travers l'effacement ou encore, de la répétition comme mode de manifestation du réel, montre que la répétition ne fait qu'inscrire l'absence insurmontable de cet objet perdu – ce que J. Lacan appelle La Chose –.

J. Lacan s'éloigne de la pulsion de mort, comme nous l'avons précisé¹⁹⁰, et commence à penser une clinique à partir de l'irréductibilité de la pulsion de mort. Il remet en question la relation établie par S. Freud entre Eros et l'Un et distingue la pulsion de destruction et la pulsion de mort. S. Kierkegaard est en cela la référence majeure de J. Lacan: dans la répétition, l'effacement peut gérer des nouveaux objets. Pour J. Lacan, la répétition pulsionnelle est un mouvement de constitution des objets de l'expérience.

¹⁸⁹ Partie I, chap 2, 2.1, p 105-107

¹⁹⁰ Partie II, chap 1, 2.1, p 149-150

2.4.2. Phase négative de la répétition

La répétition peut définir une forme de négation de l'objet. Il existe une négation qui est un mouvement de constitution des objets qui devient la révélation de la structure de l'objet de la pulsion – la pulsion peut trouver sa jouissance dans un objet –. Il faut comprendre la négation propre à la répétition non pas comme destruction de l'objet mais comme une constitution de l'objet de l'expérience à partir des négations.

La répétition comme négation de la mémorisation

La cure trouve sa limite dans la répétition pulsionnelle qui se loge dans le symptôme et qui ne se soumet pas à la remémorisation réflexive avec ses processus de symbolisation. Ce qui fait penser à D-W. Winnicott que le passage à l'acte vient à la place de la remémorisation et par là aux dispositifs de la mémoire. Le passage à l'acte serait une forme d'expression, une mise en scène qui transposerait une histoire qui ne peut être racontée ou révélée.

« L'expression par le passage à l'acte constitue également un moyen de récupérer ce qui est refoulé et implique une procédure psychique particulière: la répétition – des fragments et ramifications d'Œdipe, du narcissisme blessé, des traces de souvenir que j'ai appelé ingouvernable à cause de l'impossibilité de les relier aux processus secondaires »¹⁹¹.

Le travail thérapeutique suppose de rompre le cycle de répétition dans lequel le sujet se perd.

2.4.3. La récidue

La récidue met en évidence le bénéfice secondaire qu'éprouve le sujet par la répétition du recours à l'acte, tant par son expression inconsciente exprimée dans les phases positives et négatives de l'acte que par sa révélation "semi-consciente" – recherche de sensation –, lorsque le sujet renouvelle une expérience qui traduit une décharge psychique et le satisfait par la libération pulsionnelle obtenue.

La récidue peut s'exprimer par la succession d'événements traumatiques, "d'accidents", de "déflagrations corporelles" – cumul ou réapparition d'une affection –, de passage à l'acte suicidaire. La récidue montre la persistance du dysfonctionnement psychique et l'inefficacité des aménagements défensifs.

¹⁹¹ Entretien de Winnicott par le bulletin de l'API

3. Conclusion:

L'analyse du mouvement psychodynamique de « l'agir » conduit par le processus de l'angoisse paroxystique, dans une tentative de réduction des tensions internes, incite à concevoir différents modes d'expression de l'acte et questionne sur la nécessité, le sens, les relations objectales et la diversité des modes de défenses psychiques. Il s'agit d'aller au-delà du syndrome dépressif et du symptôme corporel afin de faire émerger le fantasme qui les génère. Le recours à l'acte vient représenter une angoisse impossible à supporter, elle est exprimée par l'effroi: le moi se sent figé, pétrifié, aucune fuite motrice n'est réalisable, il s'agit alors d'une fuite dans le réel.

Le fonctionnement psychique conduit par le processus d'angoisse paroxystique met en condition quatre processus psychiques que nous rappelons : insécurité, revendication, culpabilité, et déprivation. Ces processus induisent des comportements selon des attitudes passives/actives décrivant des dispositions mentales déterminées par l'expérience (cf p 156) –. L'attitude passive correspondrait à l'abandon des défenses, la tentative d'atteindre l'abaissement des tensions à zéro. Tandis que l'attitude active serait le résultat de la lutte contre l'agressivité, une réactivité défensive.

Les dispositions mentales:

Nous pouvons considérer les dispositions mentales selon les processus psychiques déterminés.

3.1. Résignation- réitération

Le processus psychique **d'insécurité** oriente le sujet soit vers une disposition mentale passive correspondant à la résignation, soit vers une disposition mentale active : la réitération.

- Nous nommons la disposition mentale passive (évitement) la **résignation** que nous décrivons de la manière suivante :

La résignation appartient au système inhibiteur d'action qui peut conduire à la dépression et à la mort, c'est une forme d'inhibition, elle s'oppose à la fuite. Le sujet recourt à la destructivité par inhibition des "forces de vie". Il s'agit d'une violence faite à soi-même par une attitude qui consiste à se soumettre, à accepter, à renoncer au détriment de son propre désir. Pour P.

Karli (neuro-biologiste), la résignation vient quand le sujet se sent impuissant à agir sur son environnement pour le transformer en sa faveur. La résignation est une mise en échec passive.

« La résignation est un suicide quotidien » Honoré De Balzac

- Nous nommons la disposition mentale active la **réitération** que nous décrivons de la manière suivante :

C'est sur le modèle du traumatisme névrotique freudien que nous faisons appel à cette disposition. La réitération peut signaler une répétition en acte de ce qui a été refoulé mais également peut représenter une fixation du traumatisme dans ce qui n'a pas pu être symbolisé – répétition afin de dominer le traumatisme et répétition pour lier toute excitation psychique –. La réitération suppose un temps fondateur toujours actuel : tendance à rétablir, dans le sens de reconduire l'état antérieur. La réitération peut prendre la forme de la procrastination : le bénéfice de l'ajournement perpétuel lorsque l'action du sujet s'établit sans cesse dans un mouvement de formation et d'annulation. La réitération nie la progression et la régression qu'elle induit préserve la menace d'effondrement, de désorganisation. Le sujet se défend contre l'angoisse de perte par la négation de la séparation.

3.2. Isolement - confrontation

Le processus psychique de **revendication** oriente le sujet soit vers une disposition mentale passive correspondant à l'isolement, soit vers une disposition mentale active : la confrontation.

- La disposition mentale passive : **l'isolement**

L'isolement cadre avec la mise à l'écart du sujet dans l'attente que l'autre vienne vers lui sans que la demande soit réellement explicitée. Cette disposition diffère de l'isolation qui est un processus faisant appel à la dénégation, au vide émotionnel. Par revendication, le sujet s'isole – il boude – et sa déception agressive se décharge sur l'autre. Il prend emprise sur l'autre en le provoquant par son isolement, il renvoie à l'autre un sentiment de vide et d'impuissance qui l'angoisse. La bouderie est une manifestation agressive. Yvon Brès, dans son livre « Freud ... en liberté » indique dans son chapitre "solitude : bouderie" que « la bouderie infantile, pourrait être à l'origine des souffrances qui sont souvent attribuées à l'isolement (...) mais qui ressemblent beaucoup à celle de la dépression »¹⁹², cette conduite – infantile et adulte – de bouderie, est une manière d'exercer un chantage sur autrui. L'emprise sur l'autre est un moyen

¹⁹² Yvon BRES : "Freud ... en liberté", Ellipses Edition Marketing S.A., Paris, 2006, p 74-75

d'atteindre la satisfaction de contrôle, d'appui sur l'autre. Le rejet apparaît dans le désir de maîtrise sur l'objet, il s'agit d'une lutte intérieure pour contrôler ses désirs, la restriction peut conduire à la destruction interne du sujet en annihilant le désir il éteint la pulsion de vie. Un rejet par le retrait est un mécanisme mis en place afin de se détourner de l'objet pour éviter la frustration, de cette manière il participe au processus de détachement. Le recours à l'acte par la fuite de la réalité extérieure, de manière passive dans l'isolement est représenté, faute d'action, par l'évitement de l'affrontement, du conflit, par la fuite ou la bouderie.

- La disposition mentale active : la **confrontation**

Une mise en acte peut être dirigée par le principe d'autoconservation et empreint d'agressivité. La destructivité apparaît dans la recherche de l'unification primaire comme principe d'autoconservation, c'est-à-dire dans la recherche de l'Un par l'annihilation de l'autre : absorption de l'autre en soi par le jeu pulsionnel dirigé par l'action de la pulsion de mort. La pulsion de destruction se retrouve aussi sous la forme d'emprise, en tant que volonté de dominer les éléments extérieurs. L'angoisse peut symboliser l'angoisse de dépendance celle-ci éveille une résistance agressive. La réaction du sujet au sentiment de vide, de solitude entraîne une volonté inconsciente de détruire l'objet cause de privation. De façon active, l'observation de la conflictualité entre le désir de conserver l'objet et en même temps de s'en distancer dans le but de résister à sa propre destructivité. L'identification sous la représentation de l'emprise engage vers le désir d'identification à l'autre, l'autre en tant qu'agresseur "inconscient". Le passage de la destructivité par l'identification projective devient la tentative de destruction de la réalité externe et interne. Le lien avec la possessivité consiste dans la négation, la suppression de la séparation d'avec l'objet alors même que le sujet refuse la dépendance.

3.3. Autopunition-révolte

Le processus psychique de **culpabilité** oriente le sujet soit vers une disposition mentale passive correspondant à l'autopunition, soit vers une disposition mentale active : la révolte.

- La disposition mentale passive : l'**autopunition**.

L'autopunition inconsciente se révèle à travers le corps ou plus indirectement par les situations d'échecs répétitives. L'autopunition est en relation avec les sentiments inconscients de culpabilité. Le sentiment de culpabilité conduit le sujet à se punir, à "payer sa dette psychologique" par la contrainte. Le complexe d'œdipe peut entraîner un Surmoi excessif engendrant le mécanisme d'autopunition, lors des rapports père-fils, où l'excès de la

domination paternelle domine, et lors des rapports père-fille – outre l'autorité paternelle –, où la relation fusionnelle et l'idéalisation paternelle se trouvent renforcés. Cette disposition se manifeste par des intentions inconscientes de conduites d'échec, d'inhibition, de déchéance. Les effets de l'autopunition peuvent aller jusqu'à provoquer des maladies organiques. L'angoisse se déplace sur l'expression corporelle, le déplacement court-circuite la réalité psychique.

- La disposition mentale active : **la révolte.**

La culpabilité est aussi en rapport avec l'agressivité et la sexualité. Les éléments agressifs se transforment en sentiment de culpabilité. La révolte est considérée ici dans le rapport qu'elle entretient avec la conflictualité intrapsychique, en tant qu'auto-agressivité. La révolte est une action qui consiste à refuser un état de fait, généralement de manière violente. La révolte, par son agressivité est un aspect de la pulsion de mort dont une partie est dirigée vers l'extérieur, l'autre retournée vers soi (masochisme primaire). L'agressivité est en lien avec la sexualité : J. Bergeret, en citant S. Freud, explique

« la naissance des mouvements agressifs par le fait qu'une partie des pulsions sexuelles reste liée aux pulsions du Moi et dote celles-ci de composantes libidinales qui au cours d'une vie normale passent facilement inaperçues et ne sont mises en lumière que par la maladie »¹⁹³.

3.4. Dévalorisation-activité

Le processus psychique de **déprivation** oriente le sujet soit vers une disposition mentale passive correspondant à la dévalorisation, soit vers une disposition mentale active : l'activité.

- La disposition mentale passive : la **dévalorisation**

La recherche de reconnaissance est importante et vient accentuer la dépendance et la peur de la perte (sa perte) par l'image négative du soi. La violence faite à soi coïncide avec le sentiment d'incompréhension, souffrance du rejet et au sentiment d'injustice. Le mouvement permanent d'auto-dévalorisation génère une tendance à la rumination. La dévalorisation correspondrait au versant passif et à « l'échec de la confirmation narcissique » (Grunberger (1978)).

¹⁹³ J. BERGERET ; *"La violence et la vie : la face cachée de l'Oedipe"*, Editions Payot & Rivage, Paris, 1994 p33

- Le fonctionnement actif est représenté par **l'activité** :

L'activité à but défensif est considérée comme une activité de substitution, la motricité est au service de la décharge d'excès d'excitation. C'est la lutte du moi contre l'angoisse archaïque qui donne à cette disposition une attitude active et un sentiment de contrôle et de maîtrise.

Nous pouvons la considérer à la fois comme impulsion et sublimation car le sentiment de toute-puissance domine ce mécanisme.

« Il s'agit inconsciemment de "faire" un acte plutôt que d'avoir à dire, à penser ou à éprouver »¹⁹⁴.

Le sentiment d'impuissance – régression oral – est un signe de faiblesse contre quoi le Moi, par l'intermédiaire du Surmoi, va lutter activement en développant un désir de contrôle et de maîtrise de soi. Le sujet combat son besoin de présence – dépendance – par l'activité – semblant de maîtrise et de contrôle – qui donne le sentiment d'autonomie, d'individualité et agressivité envers la toute puissance de l'autre– .

Le mécanisme d'action employé dans cette disposition d'activité utilise, au sens freudien, l'ambition comme formation réactionnelle à la honte, la toute-puissance narcissique du Moi-Idéal, au sens de D. Lagache :

« Le Moi Idéal conçu comme un idéal narcissique de toute-puissance ne se réduit pas à l'union du Moi avec le Ça, mais comporte une identification primaire à un être investi de la toute puissance, c'est-à-dire la mère »¹⁹⁵.

¹⁹⁴ S. IONESCU, M-M JACQUET, C. LHOTE : "*Les mécanismes de défenses*", Armand Colin, Paris, 2005, 2007. p 113

¹⁹⁵ Idem, p 13

Chapitre 2 :

L'angoisse dans la dichotomie du Moi corporel et du Moi psychique.

1. De l'angoisse paroxystique au corps
 - 1.1. L'alerte pulsionnelle : de l'angoisse à la somatisation
 - Symptôme et douleur somatique
 - Perte d'Objet et douleur
 - La fonction contenant de la douleur
 - Pierre MARTY et l'école psychosomatique de Paris
 - 1.2. Angoisse paroxystique et douleur
2. Le débordement pulsionnel: quelles voies de décharge?
 - 2.1. La formation du symptôme
 - 2.2. Le processus fantasmatique au service du moi : le désir sur la scène du réel?
 - 2.3. Le corps imaginaire
 - 2.4. "L'effraction" corporelle.
3. Conclusion

Après l'analyse du mouvement psychodynamique de l'agir, nous allons poursuivre notre interrogation psychocriminologique sur les inscriptions traumatiques, à savoir la persistance de la souffrance psychique envisagée dans les symptômes corporels et ainsi prendre en considération "des fonctions" de la "somatisation" dans l'élaboration psychique.

La crise somatique suggère un acting-out,

« Un agir au dehors orienté vers le dedans, car comme dans l'acting-out, le but essentiel est l'expulsion de l'intrus (affect) hors de la réalité psychique » (...) « le corps est surinvesti contre la réalité psychique chez le psychosomatique »¹⁹⁶.

Les traumatismes psychiques viennent réactiver des failles narcissiques et dépassent les aménagements défensifs.

Le concept d'angoisse paroxystique se veut le représentant du mouvement de l'excès d'excitation pulsionnelle, or

« Le concept de "pulsion" nous apparaît comme un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations,

¹⁹⁶ A.GREEN, *"Le discours vivant"*, PUF, Le fil rouge, Paris, 1973, 1992, p181

issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique en conséquence de sa liaison au corporel »¹⁹⁷, jusqu'à cette limite où « la conséquence de ce travail intérieur (...) qui consume son moi »¹⁹⁸

Nous aborderons donc le mécanisme somatique, comme défense contre l'effondrement psychique. La désorganisation psychique témoigne de la faiblesse du fonctionnement psychique et convoque une désorganisation somatique. Les symptômes sont les représentants de cette décharge des excitations en excès par le corps. Nous pouvons alors parler d'un « agir expressif » pour reprendre les termes de C. Dejours (1989).

En accord avec A. Green, nous pouvons avancer que les réactions somatiques et la mise en acte ont une même fonction : une décharge qui court-circuite la réalité psychique. Le symptôme est le signe et le substitut d'une satisfaction pulsionnelle entravée par le processus de refoulement et « quand une pulsion succombe au refoulement, ses éléments libidinaux se transforment en symptômes, ses éléments agressifs en sentiments de culpabilité »¹⁹⁹.

Nous pouvons nous poser la question comment et pourquoi la douleur somatique, pourtant invalidante et sclérosante, peut-elle être au service du sujet: une sorte de complaisance qui pourtant génère de l'angoisse? La souffrance psychique correspond au processus défensif contre les conflits intrapsychiques. Elle est souvent *éprouvée* dans le corps par les compromis mis en place et rend confuse ce qui provient de l'affect ou des composantes somatiques.

La douleur tient lieu de décharge pulsionnelle, cette « pseudo-pulsion » vient alors dégager le sujet de son angoisse : le névrosé se délivre de sa névrose au profit d'une douleur somatique. La douleur somatique remplit-elle la fonction d'une défense intrapsychique "réussie"? Elle est, en tout cas, signalée par S. Freud comme le signe de la défaillance du moi, elle « se manifeste sous la forme réactionnelle de l'angoisse »²⁰⁰. La douleur somatique, en tant que symptôme participe au processus du passage de l'inconscient vers le conscient mais, pour cela, doit franchir les instances du ça et du surmoi. Le corps devient le représentant de l'angoisse. Du fantasme à l'angoisse, la somatisation vient signifier une souffrance qui est ailleurs. Le développement somatique se fait l'interprète du fantasme inconscient et permet d'éviter le

¹⁹⁷ S. FREUD, *"Métapsychologie"*, Gallimard, 1968, p 17-18.

¹⁹⁸ S. FREUD, *"deuil et mélancolie"* in *"Métapsychologie"*, Gallimard, 1968, p151.

¹⁹⁹ S. FREUD,(1926) *"Inhibition, symptômes et angoisse"* (I.S.A.), PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002, p 33

²⁰⁰ S. FREUD,(1926) *"Inhibition, symptômes et angoisse"* (I.S.A.), PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002,§ 205

débordement pulsionnel. Il s'agit d'aller au-delà du symptôme pour éclaircir la fonction et la finalité du fantasme en jeu.

De cette manière, nous allons amener l'hypothèse d'un agir auto-centré basé sur la désintrication "corporelle" par les pulsions. Une autodestruction conduite par le processus d'angoisse paroxystique sous l'apparence de dysfonctionnements fonctionnels, biologiques et physiologiques. Un agir "suicidaire" bien canalisé par un système défensif dépassant "la censure" du regard de l'autre.

Lors de l'expérimentation, nous pourrions observer des fonctionnements similaires entre les dysfonctionnements massifs corporels et les passages à l'acte suicidaire.

1. De l'angoisse paroxystique au corps:

1.1 L'alerte pulsionnelle : de l'angoisse à la somatisation

1.2 Angoisse paroxystique et douleur

1.1. L'alerte pulsionnelle : de l'angoisse à la somatisation

Le déplaisir spécifique de la douleur corporelle est significatif, pour S. Freud (1920), d'une effraction sur une étendue limitée du pare-excitation. Il nomme "traumatiques", les excitations venant de l'extérieur et assez fortes pour faire effraction dans le pare-stimuli et mettre en mouvement tous les moyens de défense pour lier puis liquider les quantités de stimuli.²⁰¹

Didier Anzieu dans le "Moi-Peau" et Paul-Laurent Assoun dans "Corps et symptôme" viennent montrer la place prépondérante de la peau en tant "qu'enveloppe" protectrice. Le symptôme somatique apparaît comme expression corporelle d'une "effraction" du Moi et d'un "débordement" pulsionnel. L'expression corporelle rend compte du rôle de pare-excitation du corps lors de la confrontation des principes de plaisir et de réalité. Quant à P. Marty, il vient proposer plutôt un « défaut du fonctionnement mental ».

Symptôme et douleur somatique :

Le symptôme somatique, tel qu'il apparaît dans le symptôme douloureux, peut être discerné dans son aspect le plus physiologique, organique et illustrer toute la teneur du mouvement des instances intrapsychiques. Il désigne un conflit psychique qui prend sens à travers le corps. L'interprétation psychique du symptôme somatique peut se lire dans la continuité de la clinique du corps freudienne.

S. Freud, dans l'annexe « d'Inhibition Symptôme et Angoisse », compare l'angoisse, la douleur et le deuil. L'angoisse détient un rôle majeur dans le processus psychosomatique²⁰².

Nous avons montré que l'angoisse se manifeste dans la formation des processus psychiques – processus pulsionnel – et dans la formation de symptômes. L'angoisse se déclare comme une

²⁰¹ S. FREUD : (1916-1920) "Au delà du principe de plaisir" in œuvres complètes, tome XV, PUF, 1996, p 300-301, §29

²⁰² Nous utilisons le terme psychosomatique tel qu'il est défini par C. Doucet comme un terme qui «puise son origine dans l'un des modèles étiologiques qui privilégie une interprétation endogène de la maladie », et, reprenant Spinoza, pour rendre compte de « ce que peut le corps, (...) et ce qu'il ne peut pas faire à moins d'être déterminé par l'âme » C. DOUCET, " La psychosomatique : théorie et clinique", Armand Colin/HER, Paris, 2000, dans l'introduction.

quantité d'énergie libre, circulant dans l'attente de fixation. Lorsque l'excitation pulsionnelle ne réussit pas à se décharger psychiquement, elle s'exprime dans le corps, est ressentie comme débordement dans le moi ; la douleur en est la traduction corporelle. Le Moi-corporel désigne alors la – ou plutôt une – limite entre l'externe et l'interne: une des surfaces du moi. Cette limite est confrontée directement au principe de réalité. La fragilité de cette surface procure un sentiment de déréalisation provenant d'un contrôle exigeant du Ça renforçant sa "frontière", sa limite entre le Moi et le Ça ²⁰³. La douleur donne une signification corporelle à la poussée d'excitation pulsionnelle. Le symptôme est guidé par le principe de plaisir car il participe à la défense du Moi en tenant lieu de décharge pulsionnelle.

La névrose d'angoisse et l'hypocondrie – de part l'hypervigilance qu'elles suscitent sur les sensations corporelles –, sont les pathologies qui décrivent le plus clairement le processus psychosomatique. Contrairement à la conversion somatique hystérique qui suit une anatomie fantasmatique, la somatisation dans la névrose d'angoisse est plus difficilement décelable car elle répond parfaitement aux descriptions des symptômes biologiques et physiologiques. Elle suit non seulement des voies physiologiques mais les symptômes sont également fixes, déterminés et maintenus. Le déplacement des pulsions débordant dans le somatique par manque d'élaboration psychique – énergie non liée psychologiquement –, fait perdre à l'angoisse toute symbolisation, toute représentation. Les motions pulsionnelles sont refoulées au profit d'une décharge sans objet de l'angoisse dans le moi. Si, l'énergie, la force pulsionnelle de l'angoisse provient du Ça, le lieu de l'angoisse, lui, se situe dans le moi. Par conséquent, la perception de l'angoisse et son impact dans l'existence est consciente pour le sujet. Le sujet nie l'angoisse comme affect pour se centrer uniquement sur ses sensations somatiques.

Perte d'Objet et douleur :

L'angoisse, qui « vient en réaction au danger de la perte d'objet »²⁰⁴, s'exprime par la douleur. Cette douleur est référencée dans la situation originare de séparation, le sujet doit faire le deuil de la fusion maternelle ("fantasme d'une peau commune mère enfant" D. Anzieu). La douleur de la perte institue une douleur psychique et une douleur corporelle qui lui est analogue.

²⁰³ ASSOUN P.L: "*Corps et symptômes*", Editions ECONOMICA, Paris, 2004, dans annexe: "la géométrie inconsciente"

²⁰⁴ S. FREUD, "*Inhibition, symptômes et angoisse*", PUF, Paris, 1993, 2000, § 202

C'est la relation originaire de fusion entre la mère et l'enfant qui va permettre l'intériorisation des stimuli corporels, éveiller la sensibilité et surtout intérioriser l'érogénité corporelle et par conséquent développer le principe de plaisir. L'attache psychosomatique correspond à l'inscription primitive, sensorielle issue des relations établies entre le bébé et le monde extérieur. Cette organisation psychique précoce, pré-langagière est responsable de la fragilité ou de la solidité corporelle. Une représentation psychique du corps fragile est plus propice aux dysfonctionnements ou au développement pathologique.

La fonction contenante de la douleur

La carence de la fonction de contenance des pulsions du Moi-Peau génère l'angoisse d'une excitation diffuse, non maintenue, contenue. Le sujet va alors chercher une substitution, un renforcement de la défense de la peau, comme enveloppe protectrice, dans la douleur ou l'angoisse psychique : il s'enveloppe dans la souffrance. Le Moi trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer la fonction de pare-excitation après séparation "d'une peau commune" d'avec la mère qui occupait ce rôle de pare excitation.

La douleur sert à la fois de maintien de l'équilibre intrapsychique et de repères des limites Moi/non Moi. S. Consoli (1990) donne une signification protectrice au surinvestissement de la douleur : la désorganisation somatique protège de l'effondrement narcissique. De même que pour C. Balier :

« Le surinvestissement de la zone corporelle douloureuse maintiendrait un objet d'investissement narcissique sur lequel peut s'opérer la liaison des pulsions destructrice et de la libido, protégeant le moi et le soma des attaques destructrices de la pulsion de mort »²⁰⁵.

La douleur amène à considérer son expression comme un vécu d'impuissance et de retour à l'état de dépendance et de détresse. L'inscription traumatique de la situation de manque ultime, l'incapacité à lier les tensions internes transmettent une vulnérabilité envers les vécus de perte et de manque. Le manque dans la séparation et la perte d'objet révèle une personnalité dépendante résultant de ce que S. Freud a appelé l'"Hilflosigkeit". Il est question de l'état de détresse du nourrisson face à son impuissance à subvenir à ses besoins sans l'aide d'un tiers et qui s'en trouve submergé par une quantité d'excitations internes immaîtrisables. La sécurisation corporelle s'étaye sur l'environnement affectif et les premières expériences

²⁰⁵ C. BALIER, " *La violence en abyme*", PUF, Le fil rouge, Paris, 2005, p 119 (référence à Benno Rosenberg, 2001)

de satisfaction (le toucher, la voix, le regard). L'incorporation de la trace primitive vient combler la dimension imaginaire du manque et détourne l'angoisse de séparation.

Pierre Marty et l'école psychosomatique de Paris :

P. Marty renonce à l'expression du patient « psychosomatique » pour lui préférer celle de patient « porteur de maladie somatique et présentant des défauts de fonctionnement mental »²⁰⁶, car, pour lui, « les défenses, au sens large, sont comme évanouies et c'est cela qui individualise le patient par le manque »²⁰⁷. L'excitation « pure » – quantum d'excitation pulsionnelle – apparaît sous la forme du soma « pur ».

Nous retrouvons chez Pierre Marty la multiplicité des facteurs responsables des processus de somatisation et l'enracinement originaire.

- Les souffrances psychosomatiques sont le fruit de facteurs exogènes : impact de l'environnement socio-affectif, les aspects parasitaire et/ou viral et de facteurs endogènes : les aménagements défensifs physiologiques et psychiques.
- La défaillance du masochisme primaire érogène dans ce qu'il « permet – ou pas – de supporter l'excitation et le lieu, enfoui, de la naissance – plus ou moins réussi – du sujet à lui-même en lien avec l'objet »²⁰⁸.

Il insiste également sur le « défaut de mentalisation », la régression et la désorganisation progressive qui caractérisent la maladie somatique. Les « névroses mal mentalisées » correspondent à la névrose d'angoisse freudienne. Lorsque la régression est accompagnée d'une faible désorganisation, « l'affection somatique met un terme à la désorganisation », lorsque la désorganisation et la régression sont progressives dues à l'accumulation d'excitations psychiques, « l'apparition de maladie somatique est fréquente »²⁰⁹.

P. Marty distingue les maladies conséquentes « d'une désorganisation progressive » à celles de « maladies à crises » telles que l'asthme et l'eczéma. La maladie à crises résulterait d'une régression jusqu'à un point de fixation somatique qui permettrait une adaptation à une réalité perturbante et stopperait la désorganisation. Tandis que la désorganisation progressive ne trouve aucun point de fixation somatique permettant au sujet de stopper la régression désorganisante capable de le conduire jusqu'à la mort. C'est sur ce point que nos

²⁰⁶ D. ROSE, 1984, p 4, référence prise par C.DOUCET, " *La psychosomatique : théorie et clinique*", Armand Colin/HER, Paris, 2000, p 55

²⁰⁷ Idem

²⁰⁸ D. ROSE, " *L'endurance primaire*", PUF, 1997, p68-69

²⁰⁹ P. MARTY, 1996, référence prise par C.DOUCET, " *La psychosomatique : théorie et clinique*", Armand Colin/HER, Paris, 2000, p59

interrogations se croisent : le mouvement progressif de la désorganisation – processus d'angoisse paroxystique – prend une orientation mortifère.

Le défaut de mentalisation, que P. Marty, avec M. de M'Uzan, désigne par le concept de « pensée opératoire » – élaboré selon trois variables : la sensibilité première, la régression et la dépression essentielle – est mis en évidence particulièrement dans le concept d'alexithymie. Les faibles capacités de représentations et de créativités imaginaires sont significatives, ainsi que la « carence d'affect » qui dépeint le sujet comme « désaffecté ». La faible capacité fantasmatique ne permettrait donc pas au sujet de disposer de tentative de transformation de l'angoisse et le placerait dans un total désarroi face à son irruption.

La dépression essentielle est décrite par P. Marty en 1966 pour signaler un abaissement du tonus de vie sans contre partie économique. Elle révèle bien un affaiblissement libidinal en relation avec le mouvement autodestructeur de la pulsion de mort et qui est responsable de la désorganisation somatique. L'angoisse peut représenter l'expérience d'une "petite mort" et la dépression essentielle est conduite par l'instinct de mort. De plus, la dépression essentielle qualifie une dépression "sans objet", pour autant peut-on la considérer comme le corrélat de l'angoisse et significative du processus de désorganisation progressive ?

1.2. Angoisse paroxystique et douleur :

L'angoisse paroxystique est définie par un sentiment d'anéantissement, d'irruption sans préambule : "d'effraction" et par des troubles sensitifs et corporels.

Le sujet va tenter de déterminer un objet, une représentation dans la réalité extérieure afin de canaliser l'angoisse libre. A la différence de la phobie, l'affect est monotone, uniquement constitué par un affect d'angoisse et n'est pas le fait d'un substitut du refoulement. Le désinvestissement libidinal du moi et la résignation narcissique renvoient au sujet un sentiment de haine, d'abandon du surmoi qui correspond à un vide, une perception inquiétante et alimentent l'obsession gravitant autour de la mort: la pulsion de mort. Le vécu d'anéantissement annonce l'anticipation et la crainte du vide, de la fin, que ce soit du principe de plaisir ou de la désagrégation de la vie biologique. La mort est présente partout, d'où le désarroi devant la maladie, devant les symptômes somatiques qui rendent imminents cette angoisse de la mort et la mort elle-même.

La représentation de mort et le deuil communiquent dans la réaction à la perte, supposant le renoncement à l'objet en le reconnaissant comme mort et en impliquant sa dévalorisation et sa

mise à mort. Cette perte d'amour réactiverait des situations d'abandon, des peurs anciennes, en particulier celles de la petite enfance, au moment où le bébé perçoit ses propres pulsions comme susceptibles de détruire l'objet qu'il aime (sa mère) et dont il dépend entièrement. La culpabilité va naître des réminiscences infantiles d'agressivité libérée par la perte réelle ou imaginaire. La recherche d'estime et d'amour est permanente et insatisfaite dès l'instant où elle est construite sur un sentiment de honte, d'infériorité, de culpabilité et renvoie au danger d'abandon, de rejet.

Le danger de jugement du Surmoi s'extériorise dans le danger du jugement de condamnation du monde extérieur via l'environnement social et culturel. L'attente anxieuse tient de l'anticipation de la répétition de la perte d'objet.

2. Le débordement pulsionnel : quelles voies de décharge?

2.1 La formation du symptôme

2.2 Le processus fantasmatique au service du moi

2.3 Le corps imaginaire

2.4 L'effraction corporelle

2.1. La formation du symptôme

Le symptôme utilise l'énergie comme déplacement de l'affect vers les représentations : la symbolisation (comme processus de déformation). La transformation de l'énergie pulsionnelle en symptôme physique résulte de l'échec de la défense du moi dans le conflit intrapsychique.

La douleur est la trace corporelle laissée par le débordement d'excitations non résolues. Elle est utile à l'organisme : elle agit comme signal de débordement du "pare excitation" pulsionnel. De même qu'elle peut prendre la forme substitutive du sentiment de culpabilité. Le sentiment de culpabilité lie le sujet à son symptôme, la douleur est une manière inconsciente d'expurger sa "dette": la névrose se retire au profit de la douleur car "la maladie réelle tient lieu de culpabilité en acte". La formation du symptôme devient alors nécessaire comme mécanisme de décharge pulsionnelle et dans une tentative de réalisation partielle de désir inconscient dans le symptôme pour accéder au principe de plaisir. On peut considérer ici cette formation comme un compromis régulant le conflit refoulé désir / défense sous la forme d'un symptôme, une formation substitutive de la pulsion désir du Ça.

La formation du symptôme naît du retour du refoulé et le symptôme apparaît davantage comme substitut du refoulant. La douleur vient rendre compte d'une effraction qui provient

tout autant du réel que des traces mnésiques inconscientes et refoulées: « la douleur organique, donc, précède et ancre la douleur psychique »²¹⁰. P-L. Assoun définit la douleur comme une "pseudo-pulsion", poussée d'excitation accompagnant la décharge pulsionnelle de l'angoisse, illustrant la signification du principe de déplaisir dans le réel. La douleur agit comme signal de débordement du "pare excitation" pulsionnel.

La décharge énergétique brute, la déliaison correspondrait à l'irruption pulsionnelle dans le réel.

2.2. Le processus fantasmatique au service du moi : le désir sur la scène du réel?

La somatisation se fait l'interprète du fantasme inconscient. Il s'agit d'aller au-delà du symptôme pour éclaircir la fonction et la finalité du fantasme en jeu. La douleur, en tant que symptôme participe au processus du passage de l'inconscient vers le conscient, mais pour cela doit franchir les instances du Ça et du Surmoi. Le Surmoi contrôle le rapport du moi avec le Ça. Il est le résultat de l'identification aux interdits parentaux perçus en interaction avec les désirs œdipiens, à une menace de castration : le Surmoi est l'instance intrapsychique de réactivation de l'angoisse de castration. « L'angoisse de castration se développe en angoisse de conscience, en angoisse sociale »²¹¹. L'affect de déplaisir généré par le surmoi contient le sentiment de culpabilité qui lie le sujet à son symptôme (à sa douleur). Cependant le Surmoi contrôle également ce qui parvient de la surface du moi, donc de l'extérieur.

Du fantasme à l'angoisse, quelle place occupe le processus de somatisation?

Le Moi-peau, telle que le désigne D. Anzieu désigne une réalité d'ordre fantasmatique et qui incorpore toutes les différentes strates du moi. Il s'exprime aussi bien par les attitudes corporelles, les expressions sensorielles que par l'intermédiaire des rêves, du langage et de toute autre représentation imaginaire. Le fantasme établit la liaison entre le mental et le corps. Le concept de Moi-peau met en lien la "surface du corps", "les limites du moi" avec les instances préconscientes et inconscientes, il crée un passage, cette fois du dehors vers le dedans ouvrant la voie vers une vulnérabilité de la "carapace" défensive et par conséquent laisse paraître l'envahissement par l'autre et fait émerger une faille du moi : ressentir l'angoisse du manque. P-L. Assoun considère le désir comme étant le "commanditaire" du

²¹⁰ P-L ASSOUN, " *Corps et symptôme : leçons de psychanalyse*", Editions ECONOMICA, 1997, 2^{ème} édition, 2004, p297

²¹¹ S. FREUD, (1926) " *Inhibition, symptômes et angoisse*" (I.S.A.), PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002, § 170, p153

symptôme et le fantasme comme le "bénéficiaire" de la maladie. Le fantasme s'amalgame au symptôme pour accéder à la jouissance inconsciente. Le symptôme révèle le moment physique du processus inconscient.

2.3. Le corps imaginaire

Parler du schéma corporel, c'est incorporer l'image, la "représentation" du corps en fonction des émotions, des sensations, puis confronté au regard de l'Autre. Il s'agit de penser le corps en l'intégrant dans la psyché en évoquant le "corps imaginaire". Le schéma corporel correspond à l'expression "économique" du débordement pulsionnel.

S. Freud, avant D. Anzieu avait mis en avant la fonction de pare-excitation de la peau, celle-ci entre en jeu dans les défenses intrapsychiques et d'autoconservation (pulsions d'autoconservation). En effet, le corps, par sa surface externe est sensitif, cette surface génère des sensations particulières dont le ressenti d'excitation sexuelle. Celle-ci, si elle n'est pas attendue, entendue ou si le mental n'y est pas réceptif va marquer la vulnérabilité de sa surface comme pénétration du danger extérieur pouvant entraîner un déséquilibre interne, tous les mécanismes de protection vont donc se mettre en place pour retrouver au plus vite l'homéostasie corps-Moi, c'est à dire l'unicité entre les parties du Moi, constance et équilibre interne. La surface, la peau, en tant que prolongement psychique joue un rôle d'"antenne", de liaison entre l'organisme et le monde extérieur. Le principe de plaisir cède sous le principe de réalité.

R-W. Bion pose le lien de la pensée comme prévalant à l'expérience affective. La métaphore de la peau englobe la "barrière cutanée" et l'ensemble des organes sensoriels capables d'identifier les afflux sensoriels externes. Le symptôme vient se situer comme intermédiaire entre le langage et le réel, il tient lieu comme appel à l'autre.

« Le symptôme somatique serait à situer au nœud de l'introjection de l'objet et de l'interjection à l'autre, sous l'effet de chute du trauma »²¹².

La pensée de l'enfant se développe à partir des "éprouvés corporels" et "la pensée de l'Autre" (référence au double étayage de D. Anzieu).

L'énergie pulsionnelle a pour fonction de décharger l'accumulation d'excitations: confrontation des excitations internes avec les excitations provenant des signaux extérieurs.

²¹² P-L ASSOUN, " Corps et symptôme : leçons de psychanalyse", Editions ECONOMICA, 1997, 2^{ème} édition, 2004, p294

La structure du sujet organise les rapports du moi avec les autres instances intrapsychiques en un fonctionnement endogène.

2.4. « L'effraction » corporelle

Avant D. Anzieu, R-W. Bion élargit la conception de Mélanie Klein sur l'identification projective, d'un mode de défense archaïque à un mode de communication primitive, pré-langagière relevant des éprouvés perceptuels et sensoriels.

Le symptôme somatique signe une "effraction" particulière du "Moi-peau". Le concept de "contenant" défini par D. Anzieu, situe le Moi-Peau à l'interface des différents contenants psychiques, contenants clarifiés par le fantasme. Les mouvements corps-psychisme et psychisme-corps, les interrelations sont conduits par les pulsions : les mouvements pulsionnels concernent les liens mutuels plus larges que ceux qualifiés par S. Freud dans la notion « d'étayage corporel ». L'étayage du moi sur la peau, tel qu'il est énoncé par D. Anzieu, est un ancrage pulsionnel agissant sur les différentes fonctions remplies par la peau et soutient, régule, les échanges avec le Ça, le Surmoi et le monde extérieur.

Il existe ainsi une différenciation étiologique entre les symptômes corporels (de surface) et les symptômes viscéraux (de nature interne) selon les représentations imaginaires illustrant le travail fantasmatique. En suivant D. Anzieu, le Moi-peau et les enveloppes psychiques localisent les excitations pulsionnelles selon un espace imaginaire précis. Si la surface conçoit un « blindage » trop ferme pour cacher toute faille du Moi, il inhibe toute sensation d'excitation positive donc freine le principe de plaisir. Si les enveloppes psychiques perçoivent, au contraire, une pénétration, une faille: c'est l'homéostasie interne qui se sent menacée.

C'est pourquoi, certaines théories s'attachent à déceler dans le langage du corps le trouble psychologique qui a conduit à cette effraction particulière: la déliaison. Cela tendrait-il à dire que toute maladie et toute douleur passent par une phase psychosomatique fragilisant une région corporelle précise?

La douleur constitue donc un débordement pulsionnel, un surcroît de cette quantité « quantum » de motions pulsionnelles, dépassant la limite des résistances des enveloppes corporelles, l'écran pare-excitation devient insuffisant pour régler ce surcroît.

Nous reconnaissons un « bénéfice secondaire » apporté par le symptôme dans la réorganisation psychique : l'étude de la complaisance somatique vient illustrer notre position.

La complaisance somatique : que vient-elle organiser ?

Le masochisme moral et la pulsion de mort viennent soutenir le bénéfice secondaire existant dans la souffrance corporelle. La complaisance somatique fait apparaître le bénéfice secondaire du sujet: il tient à son symptôme car celui-ci le libère d'une souffrance "morale".

« La perspective d'amélioration sonne comme un verdict qui contrarie un mystérieux programme autodestructif. S'ils voulaient (consciemment) guérir, mais qu'ils ne supportent pas, de facto, "d'aller mieux", c'est que l'être-malade leur était vital. Pratique du "sentiment de culpabilité" en acte et en silence : « ce sentiment de culpabilité (Schuldgefühl) est silencieux pour le malade, il ne lui dit pas qu'il est coupable, il ne sent pas coupable, mais malade ». Formule magnifique de clarté : la maladie réelle tient lieu de culpabilité en acte et c'est ce "bénéfice" que lui enlèverait sa guérison : de devoir endosser une culpabilité – subjective –, donc d'avoir à se confronter au désir effectif qu'elle exprime et sanctionne. Mieux vaut la jouissance silencieuse de la douleur. Nous touchons là à la "conception du monde" qui soutient le préjudice corporel et son sujet ».²¹³

La pression exercée par le surmoi "dévore" le sujet par le sentiment de culpabilité qu'il dessert, la douleur somatique vient combler cette "dette" d'où un soulagement inconscient ressenti.

« Ce besoin de punition inconscient (...) se comporte comme une part de la conscience morale, comme la continuation de notre conscience morale dans l'inconscient (...) il ne serait que justifié, (...) de l'appeler "sentiment de culpabilité inconscient". (...) Des personnes chez qui ce sentiment de culpabilité inconscient est surpuissant se trahissent dans le traitement analytique par la réaction thérapeutique négative »²¹⁴.

La complaisance somatique s'inscrit dans les processus d'autopunition :

« La maladie, écrivait Freud il y a quelques années, devient fréquemment entre les mains du surmoi le moyen de punir le moi, de le faire souffrir. Le malade est alors obligé de se comporter comme un coupable ayant besoin de la maladie pour expier son crime Nous ne sommes d'ailleurs qu'au début de l'étude à ce

²¹³ P-L ASSOUN, " *Corps et symptôme : leçons de psychanalyse*", Editions ECONOMICA, 1997, 2^{ème} édition, 2004, p 84.

²¹⁴ S. FREUD : (1931-1936), " *Angoisse et vie pulsionnelle, XXXIIème leçon*", in œuvres complètes, tome XIX, PUF, Paris, 1995, p 192-193, §116-117

sujet »²¹⁵, d'où la « suspension des symptômes lors de souffrance corporelle organique ou morale (perte de situation, malheur, deuil ...) »²¹⁶ (1930)

Le sujet, par sa souffrance physique, vient mettre à jour une souffrance qui est ailleurs et qui peut être reconnue, visible au regard de l'autre. La jouissance sociale supplée la souffrance somatique.

« On peut dire aussi, dans une certaine mesure, que certains patients de maladies graves, lorsqu'ils ne peuvent transformer leur maladie corporelle en objet mental relationnel, ont une réorganisation mentale importante. La maladie devient un objet vis-à-vis duquel adapter un système de relation, alors là l'esprit reprend le pas sur le corps et en définitive ça apparaît comme un idéal »²¹⁷.

3. Conclusion :

Il s'agit d'essayer de comprendre comment et pourquoi la douleur, pourtant invalidante et sclérosante, peut être au service du sujet: une sorte de complaisance qui pourtant génère de l'angoisse. Les difficultés rencontrées chez ces sujets mettent en évidence la relation étroite entre l'angoisse et le symptôme douloureux. De même que l'expression somatique vient signaler une "douleur morale", une "douleur d'exister", la douleur peut générer un bénéfice secondaire d'où une certaine "complaisance somatique".

S. Freud a souvent constaté que les symptômes modifient la réalité extérieure et le rapport avec elle. L'analyse des mécanismes en jeu à partir du modèle psycho-dynamique permet d'identifier un consensus facilitant l'identification des conflits intrapsychiques.

Les pulsions originaires ne peuvent se révéler qu'à partir de l'expérience corporelle, « l'organe n'est donc pas que l'instrument du conflit psychique, c'est le lieu même de sa mise en acte et de son "instrumentation" »²¹⁸. Le dispositif défensif, dans sa confrontation interne (pulsionnel) / externe (trauma) s'engage dans la formation des symptômes. L'organisation originaires montre la place prépondérante du désir et de la satisfaction dans l'inscription corporelle, de même que l'érogénéisation corporelle se forge à partir des objets extérieurs plaçant la relation à l'Autre au centre de l'organisation corporelle : délimitation image de soi

²¹⁵ A. HESNARD, *"Les processus d'auto-punition en psychologie des névroses et des psychoses, en psychologie criminelle et en pathologie générale"*, 1930, L'Harmattan, 2001, p 9

²¹⁶ Idem, p 13

²¹⁷ P. MARTY et N. NICOLAÏDIS, *"Psychosomatique : pensée vivante"*, Perspectives psychanalytiques, L'esprit du temps, Bordeaux-Le-Bouscat, 1996, p48

²¹⁸ P-L ASSOUN, *"Corps et symptôme : leçons de psychanalyse"*, Editions ECONOMICA, 1997, 2^{ème} édition, 2004, p 135.

et sensorialité. Le sujet reproduit, par l'expression somatique la notion de besoin de l'autre pour tendre au principe de plaisir, il est projeté dans la réminiscence de la souffrance du nourrisson dans son attente de réponse au besoin. L'expérience originarie conditionne la jouissance au corps. Il recrée l'état de dépendance à la mère – impuissance et attente d'assouvissement des besoins –, et se retrouve confronté au danger de la perte. Cette dépendance explique le besoin du sujet d'être reconnu et entendu dans sa souffrance, celle-ci lui permet "d'être de nouveau en lien avec l'objet d'amour, la mère ou son substitut, celui qui apaise"(M.Klein), le sujet interpelle l'autre pour combler son vide intrapsychique. La relation primaire édifie les traces sensorielles, l'expérience primaire est avant tout une expérience sensorielle. Le langage est d'abord un langage sensoriel, perceptuel qui s'élabore ensuite dans et par le travail de différenciation. L'affect d'angoisse est donc d'abord éprouvé, corporéisé avant d'être élaboré sémantiquement. Le langage préverbal constitue la "trace mnésique" de l'angoisse primaire. L'apaisement apparent de l'angoisse ne peut être repéré qu'à partir de ce sentiment de sécurité retrouvé, le plaisir que procure la réponse au besoin, jusqu'à la satisfaction du plaisir.

La représentation corporelle de l'angoisse fait donc référence au vécu de la petite enfance dans la recherche de l'assouvissement du besoin – la position "du douloureux" rejoint le vécu d'impuissance et d'attente passive à l'égard de l'autre (demande d'aide, d'accompagnement, de compassion) –. L'angoisse naît de l'attente ou la non reconnaissance, ceux-ci génèrent les frustrations, les premières agressivités envers la mère entraînant, par réaction, la peur de la perte ("sentiment de tristesse" de Mélanie Klein), la culpabilité, le sentiment de détresse. La somatisation prend la marque de l'un et l'autre: l'aspect inconscient de punition et le reflet du sentiment de culpabilité.

Non seulement le processus somatique vient exprimer dans la réalité – le réel – un débordement psychique mais il permet dans son "organisation" de se confronter au "social" (tel que le définit P-L. Assoun). Il existe bien un mouvement soutenu par une accumulation d'affect provoquant un débordement pulsionnel. Et un effet du regard de l'autre qui impose une défense "de la périphérie" vers les instances intrapsychiques. La "carapace" du Moi-Peau est renforcée pour éviter l'envahissement, la "pénétration" de l'autre.

La volonté, en associant le somatique au psychologique n'est-elle pas d'expliquer que certaines maladies peuvent avoir pour origine une angoisse, un trauma, de la violence originarie, une culpabilité..., en fait une origine qui ne serait pas organique mais lié à l'affect.

Chapitre 3 :

Violence, agressivité et destructivité

1. Fragilité des assises narcissiques : l'attachement
 - 1.1. Relations primaires de l'enfant et de sa mère : identification narcissique de base
 - 1.2. Les identifications
 - 1.3. Les investissements narcissiques
 - 1.3.1. Le concept d'autoérotisme
 - 1.3.2. L'incorporation
 - 1.4. Processus de séparation et d'individuation
 - 1.5. Défaillance narcissique
 - 1.6. Défaut d'introjection, échec de la fonction identifiante
2. La violence selon l'axe narcissique
 - 2.1. Le concept de violence
 - 2.1.1. La violence fondamentale de Bergeret
 - 2.1.2. Violence et souffrance psychique abordées par Piera Aulagnier (1975).
 - 2.1.3. La violence instinctive
 - 2.2. L'impact de la violence sur les comportements
 - 2.2.1. La violence subie : la contrainte
Contrainte et inhibition
Inhibition
L'élaboration fantasmatique
 - 2.2.2. La violence agie : l'impulsivité
La conduite ordalique
La recherche de sensation
 - 2.3. Violence et destructivité
 - 2.3.1. La destructivité dans le masochisme
 - 2.3.2. Les conduites d'autopunition
3. L'emprise
 - 3.1. L'impossible séparation
 - 3.2. La relation d'emprise
Emprise et domination
Emprise et agressivité
4. Conclusion

L'analyse du mouvement psychodynamique de l'agir tant par le recours à l'acte que par l'expression corporelle fait apparaître la violence émergeant de la pulsion de mort.

« La première violence est bien la violence à vivre, à exister, à exiger ce qu'il faut pour vivre »²¹⁹

La violence représente "la force" résultant d'une décharge sur les objets extérieurs sous forme d'agressivité ou de conflits d'ambivalence internes sous forme de destructivité. Se pencher sur les forces qui tournent autour des objets pulsionnels nous demande de rejoindre les émergences originaires liées au narcissisme. Ce chapitre précise l'émergence précoce de l'approche processuelle de l'angoisse paroxystique résultant des failles et défaillances primaires.

La violence est déterminée :

- Par un versant agressif lorsqu'il se rapporte au mouvement vers l'autre, il dépend du lien que le sujet entretient envers son objet,
- Par un versant destructif lorsque l'autre annihile les liens :
« La destructivité, par contre suppose l'annihilation de tout lien, de tout lien émotionnel. On peut dire aussi que l'agressivité devient destructivité lorsqu'elle est dissociée, déliée de la libido, de l'amour »²²⁰

Et par conséquent dérive des assises narcissiques primaires. Nous avons vu²²¹, le lien entre narcissisme et pulsion de mort, nous aborderons plus particulièrement l'impact des failles du narcissisme et leurs incidences sur les élaborations objectales.

« Le passage de la douleur du corps à la douleur de l'âme correspond au changement de l'investissement narcissique en investissement d'objet »²²².

L'analyse des fondements narcissiques mettra en évidence les conséquences du dysfonctionnement engendré lors des carences narcissiques sur le processus de l'angoisse paroxystique.

²¹⁹ C. BALIER, "La violence en abyme", PUF, Le fil rouge, Paris, 2005, p 366

²²⁰ A. CICCONE : "Tyrannie, violence et destructivité" in "La destructivité", les cahiers du CRPPC, N°18, nov 2007, p 86

²²¹ Partie I, chap 2, 2.3 : le narcissisme, p 110

²²² S. FREUD, (1926) "Inhibition, symptômes et angoisse" (I.S.A.), PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002, § 203

1. Fragilité des assises narcissiques : l'attachement

- 1.1 Relations primaires de l'enfant et de sa mère : identification narcissique de base
- 1.2 Les identifications
- 1.3 Les investissements narcissiques
- 1.4 Processus de séparation et d'individuation
- 1.5 Défaillance narcissique
- 1.6 Défaut d'introjection, échec de la fonction

L'attachement amène à considérer deux versants constitués par deux pôles opposés : d'un côté, la dépendance liée directement au processus d'attachement et identifiée par l'insécurité et de l'autre, l'autonomie liée au processus de séparation et identifiée par la capacité créative, la sublimation. L'attachement nous engage vers l'aménagement dépressif du sujet lorsque ses assises narcissiques sont touchées.

Nous allons dégager les effets des carences narcissiques.

1.1. Relations primaires de l'enfant et de sa mère : identification narcissique de base

La période pré-natale

La relation fusionnelle générée par la grossesse remplit narcissiquement la future mère. Celle-ci tente de prolonger cette valorisation narcissique rompue par la naissance en conservant inconsciemment la fusion. La valorisation narcissique perdure au delà de la naissance: l'enfant réel conserve l'idéalisation de l'enfant imaginé lors de la grossesse. La femme tend à devenir la mère de son Moi Idéal, la grossesse la comble de la perfection recherchée enfant dans l'image idéal de la mère.

« La tendance maternelle à préserver l'unité avec l'enfant, un désir instinctif de le garder en soi ou avec soi, réagissent contre ces dangers (d'appauvrissement et de perte) du Moi »²²³.

De la fusion à la dé-fusion

L'excès de peur d'appauvrissement détache la mère de son enfant, interdit la réalisation maternelle, tandis que l'excès de peur de perte lie la mère à son enfant d'une manière excessive, dans une hyper protection.

²²³ Hélène DEUTSCH, *"la psychologie des femmes"*, tome II : "Maternité", Quadriga, PUF, Paris, 1949, 1987, p233

Le manque d'étayage suffisant, durant la 1^{ère} année conduit l'enfant dans une attitude de repli sur soi, freine l'évolution de son développement. La dépression infantile²²⁴ fait référence à ce manque qui provient de la carence affective ou de l'excès de présence, qui engendre une angoisse de séparation : l'objet étant « perçu comme un tout » (M. Klein). La présence de l'objet devient un besoin absolu pour la survie.

1.2. Les identifications :

L'identification primaire consiste pour l'enfant à perpétuer la fusion utérine – l'agrippement –, il conserve l'intériorisation du vécu intra-utérin de la mère. Le processus d'identification fait évoluer l'enfant vers la différenciation de soi et des autres et laisse émerger le désir. L'identification primaire est un double mouvement d'attraction et de dégagement. Une mère foetal (contenant le fantasme maternel de l'enfant imaginaire) ou surprotectrice ne va pas engager suffisamment son enfant vers le dégagement. Ce comportement peut entraîner chez l'enfant l'angoisse de "dévoration" par l'élaboration de fantasmes d'anéantissement.

Les premières identifications génèrent la phase œdipienne et sa résolution.

L'identification spéculaire, propre au stade du miroir, entraîne une impossible séparation lors de la persistance des liens fusionnels : la relation mère-enfant est perçue en entité. Elle est à distinguer de l'identification projective qui provient de la transmission et de l'intégration par mimétisme des infantiles de chacun (mère et enfant) et met en jeu la comparaison : le plus, le moins ... qui viennent alors distinguer les deux membres.

Hélène Deutsch, décrit l'identification comme « l'utilisation juste de l'unité existant entre la mère et l'enfant », la tâche de la mère consiste à surmonter la douloureuse rupture de cette unité. Ses deux membres forment des objectifs opposés: la mère dans la recherche de conservation du lien et l'enfant dans ses tentatives de le rompre. Cette opposition peut entraîner l'ambivalence entre la dépendance et le désir de détachement – que nous décrivons dans le processus psychique de "revendication" (groupe 2) dans notre modélisation –.

²²⁴ Cette dépression infantile se déroulant lors de la 1^{ère} année de l'enfant est décrite sous le nom de dépression anaclitique par R. Spitz en 1945.

1.3. Les investissements narcissiques : les destins pulsionnels pour suppléer l'absence de l'objet.

1.3.1 Le concept d'autoérotisme

1.3.2 L'incorporation

1.3.1. Le concept d'autoérotisme :

Les déterminations de l'autoérotisme

L'autoérotisme est souvent associé au narcissisme et, pour éclairer ce concept, il est important de revenir sur le rôle primordial du Ça lors des investissements pulsionnels. Nous pouvons illustrer l'instance du Ça comme "la salle des machines" pulsionnelle originaire, lieu des premiers investissements, place où les pulsions s'interfèrent, se confrontent, ..., et cherchent à se décharger. L'autoérotisme fait partie des investissements narcissiques.

« Primordialement, la pulsion autoérotique est pulsion apte à se satisfaire elle-même, en l'absence comme en la présence de l'objet, *mais indépendamment de lui* »²²⁵.

Alors que l'autodestruction résulte des pulsions de destruction et l'autoérotisme des pulsions érotiques, tout deux émergeant du Ça, le narcissisme des objets provient des investissements pulsionnels du Ça. L'autoérotisme dérive de la transformation de l'orientation de l'investissement depuis un objet externe sur le corps propre, inscrit des réminiscences sensorielles archaïques et devient le représentant des traces libidinales : satisfactions des soins maternels, assouvissement des soins, reconnaissance du corps par l'érotisation corporelle provenant des caresses maternelles et des soins corporels initiaux.

Durant la période du narcissisme primaire, le nourrisson ne dissocie pas son image de celle de sa mère, il doit progressivement s'apercevoir que sa mère existe en dehors de lui et se l'approprier en tant qu'objet externe. Pour cela il va introjecter l'objet maternel (et le sein en tant qu'objet partiel) sous forme de représentation. La représentation de l'objet partiel – le sein durant la phase narcissique oral – lui procurera une satisfaction par substitution sur le corps propre. L'objet partiel pourra constituer l'objet transitionnel lorsque la mère aura été « suffisamment bonne ».

La représentation de l'objet total favorisera le processus séparateur : l'autoérotisation va ainsi introduire l'identification. Le processus séparateur va permettre la « réappropriation » de

²²⁵ André GREEN : " *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*", Les Editions de Minuit, Paris, 1983, p 112

l'objet partiel « par introjection de celui-ci sous forme de représentation hallucinatoire »²²⁶, l'identification primaire correspond au temps de l'hallucination négative de la mère. La mère est donc représentée par l'objet total qui se distribue en objets partiels.

Pour J-M Porret,

« Il est important de mettre en évidence *la pluralité d'objets* en cause dès la situation oro-alimentaire du début : l'« objet » de l'autoconservation (le lait), l'objet auto-érotique – narcissique du corps propre (les lèvres, le pouce), l'objet sexuel externe allo-érotique (le sein maternel), enfin le moi pris comme objet lors de la narcissisation par le mélange des pulsions sexuelles et les pulsions d'autoconservation »²²⁷.

(Nous remarquons que les pulsions d'autoconservation s'adjoignent aux pulsions érotiques : nous y reviendrons.)

Les limites du corps se dessinent : le monde intérieur – le moi –, le corps propre – la surface, la peau –, et le monde extérieur – le corps avant la réalité extérieure –.

Les différentes formes de désirs originaires ont pris leurs sources des tensions – excitations pulsionnelles – ressenties au niveau corporel et ont ancré des liaisons pulsionnelles originaires dans la psyché et seront déterminantes pour la vie sexuelle adulte. Ces traces mnésiques de satisfactions libidinales produisent le plaisir érogène du corps.

L'autoérotisme "réussie" permet à l'enfant de retrouver la satisfaction, le plaisir érogène dans l'objet de substitution (suction du pouce, de la suce, du doudou, frottement de tissu et toutes formes de masturbations infantiles) qui vont constituer des ressources internes de liaisons pulsionnelles. La recherche de plaisir et la satisfaction libèrent des pulsions libidinales et l'apaisement procuré par l'assouvissement du désir renforce le sentiment d'identité par la construction de bases narcissiques solides. Le processus autoérotique suit les premiers stades de développement sexuel et donne lieu à l'inscription et l'organisation des objets partiels. Son intérêt est primordial, nous pouvons alors maintenant considérer, d'un point de vue clinique, les répercussions néfastes des failles narcissiques du sujet.

La défaillance de l'autoérotisme

La défaillance de l'autoérotisme rejoint le concept de "désobjectivation" de Green, et, avec l'effet dominant du narcissisme de mort sur le narcissisme de vie, renverse les capacités d'introjection et d'élaboration de pensées en une quête de sensations inassouvies, un

²²⁶ PORRET J-M. : "Auto-érotismes, narcissismes et pulsions du Moi", L'Harmattan, 2006, p 76

²²⁷ Idem, p58

désinvestissement perceptivo moteur de l'environnement et peut conduire à une dépression anaclitique. Le besoin de satisfaction s'inscrit dans la répétition comme une manière de nier le monde interne pour lutter contre la désorganisation et la dépression. Le déclin fantasmatique et la lutte contre les représentations anxiogènes internes produisent un agir "purement opératoire". P. Marty présente les carences du système pare-excitation comme ce qui laissent le nourrisson en proie à

« Des excitations trop fortes et trop durables, qu'il s'agisse d'excitations extérieures (...) ou d'excitations intérieures (la faim par exemple) (...). Les instincts de Mort submergent l'individu sans qu'une alternance avec les Instincts de vie (...) parviennent à établir des fixations fonctionnelles. Le nourrisson est alors en danger direct »²²⁸.

Le sujet peut basculer du côté du narcissisme négatif et la perte d'amour de soi – la haine remporte le conflit narcissique amour-haine (du Moi) –, inverse au Moi-idéal, conduit à des mises en échec, frustrations répétitives et dévalorisations. Le mouvement autodestructeur peut entraver le Moi-Idéal jusqu'à l'anéantissement.

Deux répercussions sont retrouvées dans notre modélisation :

Les excitations négatives trop fortes associées à une image négative de soi peuvent augmenter l'effraction corporelle, activer la formation réactionnelle dans l'expression corporelle propre à l'effondrement psychosomatique – groupe 3 –.

Le processus psychique "d'auto dévalorisation" résulte de la perte d'amour de soi s'organisant autour de "l'intériorisation de la honte" et peut exprimer un « rejet » de soi jusqu'à l'anéantissement – groupe 4 –.

1.3.2. L'incorporation :

Dans l'autoérotisme oral, l'incorporation de l'objet constitue le but érotique et l'inscription identitaire.

L'impulsivité primitive

La carence introjective de l'objet conduit vers un besoin absolu de l'objet en soi : désir d'incorporation de l'objet archaïque, de "l'en-soi", le "pour-soi", sans quoi, le sujet ressent un désarroi : il est attiré irrésistiblement par le vide. Rien ne peut apaiser cet éprouvé

²²⁸ P. MARTY, *"L'ordre psychosomatique"*, Payot, Paris, 1980, p 37-38 / référence dans C.DOUCET, *"La psychosomatique"*, Armand Colin, Paris, 2000, p 61

d'effondrement car les aménagements défensifs contre l'angoisse d'anéantissement ne peuvent venir à bout mais leurs mobilisations massives génèrent un comportement impulsif. Le sentiment de vide interne est associé, par R. Roussillon, aux processus d'hallucination négative de la pensée. R. Roussillon se joint à D.W. Winnicott pour considérer le vide

« comme l'effet sur le moi de « l'ombre » d'un objet resté sans réponse, silencieux face aux appels du sujet, insensible à ses élans, voire hostilement détourné de ceux-ci. Le vide de la réponse de l'objet est incorporé, et laisse dans le moi la trace de son silence et la manière dont celui-ci a pu briser l'élan pulsionnel antérieur »²²⁹.

D.W. Winnicott discerne une intention destructrice contenue dans l'amour primitif, la métaphore l'enfant "mange le sein" en est une illustration. Dans la fusion,

« il s'agit de l'aboutissement d'un développement affectif au cours duquel le petit enfant ressent des pulsions érotiques et des pulsions agressives envers le même objet et en même temps. En ce qui concerne l'érotisme, il y a à la fois recherche de satisfaction et d'un objet et, en ce qui concerne l'agressivité, un mélange de colère utilisant un érotisme musculaire et de haine, ce qui implique que soit maintenue, à titre de comparaison une bonne image objectale. Dans toute pulsion destructive-agressive est également contenu un type primitif de relation objectale, dans lequel l'amour implique la destruction » ... lorsque « le jeune enfant est devenu capable d'allier le vécu érotique et agressif dans une relation avec un objet unique, l'ambivalence a été atteinte »²³⁰.

De cette ambivalence émerge l'angoisse propre au sentiment de culpabilité. Pour D-W. Winnicott, lorsque la mère évite la séparation et maintient la fusion, elle ne permet pas à l'enfant d'élaborer des moyens de « réparation » et réduit les capacités « de sollicitude », d'attention portée sur l'autre. Le vécu de perte de l'objet – la mère – entraîne, non seulement des perturbations au niveau de l'auto-érotisme, mais également une inhibition de la vie pulsionnelle et rend impossible l'accomplissement du « sentiment de sollicitude ». En d'autres termes, en place du sentiment de culpabilité, vient « des angoisses et des défenses non-élaborées, comme le clivage ou la désintégration »²³¹. D'après D-W. Winnicott, nous pouvons

²²⁹ F. DUPARC ; " Winnicott en 4 squiggles", Editions in press, Paris, 2005, p 74-75.

²³⁰ D.-W. WINNICOTT, "agressivité, culpabilité et réparation", 1984, Editions Payot&Rivages, Paris, 2004, p42-43

²³¹ D.-W. WINNICOTT, "agressivité, culpabilité et réparation", 1984, Editions Payot&Rivages, Paris, 2004, p49

associer le sentiment de culpabilité « d'un côté à la destructivité, de l'autre à l'activité constructrice »²³².

C. Balier considère que ces forces destructrices de l'ambivalence "anéantissement – toute-puissance" résultent de la "phobie originaire". Du temps où la phobie (originaire) émerge de l'ambiguïté entre le sentiment de peur et le sentiment de fascination : attraction contraire pour le vide, l'absence de l'autre, l'obscurité... . Cette construction du double retournement pulsionnel correspond à "l'hallucination négative" de l'objet. L'angoisse archaïque profonde qu'A. Green définit comme « confusion entre désir, son objet et le moi » proviendrait de l'absence de limites, perte des limites contenantées apportées par le cadre maternel.

1.4. Processus de séparation et d'individuation :

Le dégagement appartient à la réflexion, à la rationalité et concerne, à l'inverse de l'emprise, le moi conscient.

Le dégagement incite à la séparation, entraîne vers la découverte d'autres objets d'identification, vers le monde extérieur et l'autonomie. La mère fait évoluer l'enfant de ses activités avec elle, puis près d'elle et enfin sans sa présence. D. Anzieu (1984) illustre ce détachement que la mère doit progressivement réaliser pour laisser son enfant se tourner vers d'autres objets par le concept « d'interdit du toucher ». Constitutif de la pulsion de vie, le dégagement génère, élabore les désirs propres sans instaurer de culpabilité. La première expérience de dégagement dans l'évolution de l'enfant se fait à travers le processus de séparation et d'individuation. Il s'agit d'un processus de désintrication pulsionnelle, moment primordial de la constitution de l'objet et de sa perte. Ce processus déclenche la conflictualité entre narcissisme de vie – érotique – et narcissisme de mort – autodestructive-. Les mouvements régressifs profonds ramènent à cette conflictualité narcissique primaire et la régression destructrice peut-être temporaire ou définitive. La quête de l'objet et le déni de la perte constituent le désir inconscient.

Un processus de séparation et d'individualisation favorable pour l'équilibre est basé sur des expériences de séparation positives qui renforcent les assises narcissiques. Tandis que les perturbations, durant ce processus, génèrent une dépendance affective car la séparation est vécue comme une perte, une destruction des contenances que le sujet va rechercher dans les limites corporelles. Nous l'avons déjà précisé, l'investissement objectal défavorable conduit vers une dépression « essentielle », déstructurante pour le sujet.

²³² Idem, p 106

Le « handling » et le « holding » de D.W. Winnicott :

Ceci n'est pas sans rappeler ce que D.W. Winnicott (1957), a appelé "le holding et le handling", le port et la manipulation de l'enfant par la mère va déterminer les échanges mère-enfant et, à travers eux, construire la fantasmatique inconsciente de la mère en lui. Lors du processus de séparation et d'individuation, l'Objet transitionnel va remplacer la mère absente : il s'agit de la première forme de symbolisation en attendant la construction d'images internes qui le dispensera de son substitut matériel. C'est la mère qui aménage les éléments extérieurs, impose une distance d'avec elle, permettant la construction de l'autonomie de l'enfant en toute sécurité. Une mère « suffisamment bonne » est nécessaire pour l'équilibre psychologique et l'évolution du petit d'homme.

La perturbation survenue très tôt dans l'environnement de l'enfant conduit à la « déprivation ». Les enfants qui ont perdu les soins adéquats cherchent à récupérer ces satisfactions.

A la carence du holding répond le défaut d'instauration de "l'interdit du toucher" de D. Anzieu, qui entraîne des failles et des dysfonctionnements. Les carences du holding instaurent l'insécurité interne du sujet et attaquent la pulsion d'autoconservation du moi générant des maladies précoces et graves.

Le processus de séparation et d'individuation passe par une satisfaction "hallucinée" de l'objet ; la production hallucinée du désir, le fantasme de l'objet remplace l'objet manquant et ceci dans un mouvement d'externalisation de l'objet. La fin de ce processus est marquée par l'entrée dans le processus d'identification secondaire : dépassement de la relation duelle d'avec la mère et accès à la triangulation œdipienne. La carence de ce processus, l'absence d'un tiers séparateur crée la difficulté de l'entrée dans la différenciation des sexes et dans la conflictualité interne. L'exclusion de la figure paternelle, l'enfant pris comme complément narcissique, entraînent des troubles graves tant dans l'identité du sujet que dans sa sexualité adulte. Lorsque l'organisation œdipienne de la mère, l'identification paternelle et son investissement de femme vers l'homme sont défaillants, l'identification projective à la mère résistera au mouvement œdipien. La mère occupe tout l'espace psychique du sujet, le père ne permet pas d'élaborer un travail de censure, de rivalité œdipienne ou d'ouverture vers d'autres identifications que la mère²³³. Dans la particularité du rapport de la mère avec sa fille, la mère

²³³ J. Lacan: « la distance entre l'identification à l'idéal du moi et la part prise du désir de la mère, si elle n'a pas de médiation, laisse l'enfant ouvert à toutes les prises fantasmatiques. Il devient "l'objet" de la mère, et n'a plus d'autre fonction que de révéler la vérité de cet objet » Claudine SAMALIN-AMBOISE : *"Vivre à deux: processus d'emprise et de dégagement dans la famille monoparentale"*, Pierre MARDAGA éditions, Paris, 1994, p36, rfce à J.LACAN, "notes à Jenny Aubry", Ornica?, n°37, p32.

qui est également pour la fille, objet d'identification de genre et d'identification secondaire, déterminera la fille à introjecter les déficiences maternelles dans son idéalisation symbolique, dans la constitution narcissique. Elle établira l'angoisse du féminin: celle de l'ouverture et fermeture du corps, à savoir l'angoisse d'effraction.

Faute de la mise en place positive de ce processus œdipien inconscient, l'enfant reste fixé dans ses positions ambivalentes primitives, et ses actions de types essais erreurs, et/ou reste soumis. Cet enlèvement "mortifère" peut développer des potentialités violentes contre autrui et soi-même. Lorsque l'œdipe n'est pas atteint, la fixation sur l'objet primaire maintient le lien précœdipien et les violences des pulsions orales et anales. La séparation est vécue comme une perte d'objet, génère l'angoisse de séparation et le fantasme du retour au sein maternel.

1.5. Défaillance narcissique²³⁴

Nous avons utilisé les termes « défaut » et « défaillance », nous voudrions ici préciser leur distinction en utilisant pour cela les déterminations de D. Rosé :

« Le défaut est un manque ou une carence que l'on pourrait croire de nature et partant irrémédiable ; la défaillance, au contraire, indique quelque chose qui se dérobe, alors que l'on compte sur elle, et qui nous fait vaciller, mais sur fond de présence nécessaire » ²³⁵

Du primaire au secondaire

Nous avons reconnu toute l'importance du narcissisme primaire dans la différenciation Moi-non Moi. Le sujet vit précocement en interaction avec l'autre : il se sent tout d'abord "habité" par l'autre puis est marqué par sa distinction où la réponse de l'autre vient construire son identité psychique. Associer la question de l'altérité à celle du narcissisme, d'après R. Roussillon, c'est rétablir la fonction « objectalisante » de la pulsion, en lui permettant de détourner le but de la pulsion vers l'autre et « de retrouver » la trace de l'objet « perdu dans la moi »²³⁶.

La fragilité et l'instabilité du primaire se conjuguent dans les oppositions de dévalorisation d'avec le sentiment de perfection, de toute-puissance. La défaillance du narcissisme primaire

²³⁴ Ce paragraphe explicite plus particulièrement notre modélisation du groupe 4 décrit sous le processus psychique de "déprivation" qui, nous le verrons, sera définie par l'organisation psychique de "l'intériorisation de la honte".

²³⁵ D. ROSE, *"L'endurance primaire"*, PUF, 1997, p79

²³⁶ F. DUPARC ; *" Winnicott en 4 squiggles"*, Editions in press, Paris, 2005, p 73.

rend l'aménagement des investissements objectaux conflictuel, d'où la prévalence pour tout ce qui se rattache au registre de l'Idéal du Moi et du registre du Surmoi. Les exigences/pubertaires réactivent les failles narcissiques primaires. La puberté est la « condensation entre un Surmoi qui se nourrit des exigences du Ça et un Idéal du Moi qui se met au service du Surmoi » (Jeammet, 1991). La conflictualité d'investissements objectaux va placer le sujet à contre investir la réalité psychique interne défaillante et menaçante dans la réalité extérieure. Les objets d'attachements de la réalité extérieure placent le sujet dans une disposition d'indifférenciation (interne/externe) avec perte des limites du Moi. Le renversement du conflit intrapsychique dans la réalité extérieure permet de maintenir l'objet "hors psyché" de manière à le contrôler, le maîtriser (d'où le sentiment de toute-puissance et de maîtrise absolue que l'on retrouve notamment dans les conduites à risque) et se fond dans un mouvement incessant d'instabilité. Au delà de la conflictualité œdipienne se noue une conflictualité pour l'objet dans le but de sauvegarder l'identité. Le sujet ne se place ni du côté du déni d'altérité, ni dans l'incorporation de l'objet (moins d'intensité que le flux maniaco-dépressif) mais dans un flux de quête et de perte de l'objet qui doit se renouveler en permanence pour s'assurer de son existence.

La honte et la problématique narcissique :

S. Tisseron décrit la problématique narcissique comme « un narcissisme qualitativement perturbé ». Les malades du narcissisme

« sont prisonniers d'une idéalisation paralysante de certains aspects d'eux-mêmes, ou au contraire d'une idéalisation tyrannique de certains membres de leur entourage placés par eux sur un piédestal inaccessible »²³⁷.

Pour A. Green (1983), la honte renvoie aux phases prégénitales et préœdipiennes du développement mental, ce qui explique non seulement sa prévalence narcissique, mais aussi son caractère « intransigeant, cruel, sans réparation possible »²³⁸.

P. Marty dira,

« on pourrait dire que le fond de la honte, c'est la blessure narcissique ; ce n'est pas une honte vis-à-vis des autres, c'est une souffrance vis-à-vis de soi-même de ne pas avoir été à une certaine hauteur ; ça demeure dans ces conditions surtout narcissique et l'évolution normale de la honte va vers la culpabilité dans le développement et cependant peuvent exister dans un certain nombre de formes

²³⁷ S. TISSERON, "nouveaux enjeux du narcissisme" in Revue Adolescence, 2006, N°57, p606

²³⁸ Idem, p17

cliniques, dont la plus belle, est le moi-idéal, un sentiment de honte de ne pas pouvoir être à la hauteur de ce dont on estime devoir être à la hauteur de soi-même, sans référence à personne d'autre »²³⁹.

De la honte émergerait l'angoisse de rupture du lien. L'angoisse de perte de filiation rapproche la honte de l'angoisse de séparation (en lien avec l'attachement). S. Freud lie « la honte à l'action des forces refoulantes destinées à lutter contre le surgissement des pulsions »²⁴⁰.

1.6. Défaut d'introjection (insuffisance des objets internes), échec de la fonction identifiante

Les failles du processus précoce d'intériorisation et du narcissisme, nous amènent du côté des pathologies du narcissisme. La conjugaison de symptômes, de comportement conduit un mouvement de la névrose vers la psychose, sans entrer vraiment dans cette dernière.

1- L'état limite est caractéristique d'une angoisse de perte d'objet, sans l'objet, les défenses vont donc être la recherche de "capture" de l'objet manquant dont le but pulsionnel est l'attente de fusion d'avec l'objet, l'atteinte narcissique de l'Un, c'est à dire l'intégration de l'objet en soi et pour soi. Il s'agit d'une faille du narcissisme secondaire qui impose la projection d'un idéal du Moi archaïque. La défense intrapsychique contre les affects primaires trop violents génère un refoulement qui inscrit "une place vide" et l'angoisse de ce vide intérieur devient central: il s'agit d'un vide jamais rempli ou empli par le leurre du fantasme qui présentifie cet objet manquant: passion, idéologie... Le trouble n'est pas uniquement lié au rapport avec la réalité extérieure, il s'agit d'un trouble de la distinction entre ce qui vient du dedans et ce qui vient du dehors²⁴¹. Il existe un clivage interne entre ce qui est bon (Idéal du moi) et mauvais (projection vers l'extérieur) et un clivage externe. La défaillance de l'organisation narcissique primaire au cours de la période prodromique œdipienne est la conséquence du conflit entre le Moi et le Ça. C'est l'envahissement du sujet par l'objet qui déstructure le psychotique. L'Autre est partout, l'objet scopique domine l'organisation psychique. Le passage à l'acte suicidaire vient répondre à la volonté de castration inscrite dans l'Autre.

²³⁹ P. MARTY et N. NICOLAÏDIS, "*Psychosomatique : pensée vivante*", Perspectives psychanalytiques, L'esprit du temps, Bordeaux-Le-Bouscat, 1996, p77

²⁴⁰ S. TISSERON, "*La honte : psychanalyse d'un lien social*", Dunod, Paris, 1992, 2007, p 7

²⁴¹ D. ANZIEU, "*Le Moi-Peau*", DUNOD, Paris, 1995, chap VIII

2- L'angoisse paroxystique est centrée sur le morcellement, la destruction, le moi par éclatement.

Le point de départ est, pour P.L. Assoun défini par

« le sentiment d'altération (qui) précède le sentiment l'aliénation par lequel "le moi nie l'organe altéré" qui débouche sur le sentiment de persécution, issu de la projection des modifications pathologiques dans le monde extérieur »²⁴².

L'organe vient à la place de la parole. En accord avec A. Green, la poussée dépressive qu'entraîne l'angoisse paroxystique peut être déterminée dans un fonctionnement limite névrose/psychose, significatif d'une déflagration, un dédoublement mais qui ne débouche pas sur l'angoisse de morcellement psychotique. L'agitation du quantum d'excitation pulsionnelle, dans son système de liaison et déliaison, anime une autodestruction plus importante que la création ou l'autoérotisme et suspend la transmission vers l'objet en une "absence pure".

3- Quand au mélancolique, il s'assimile à l'objet perdu et vit la perte d'objet comme un vide dans le moi.

« Le conflit dans le moi, que la mélancolie échange contre le conflit pour l'objet, doit agir à la manière d'une blessure douloureuse qui requiert un contre-investissement extraordinairement élevé »²⁴³.

Le Moi s'appauvrit ravagé par les investissements d'objets. Le principe d'autoconservation est lui-même atteint. Le mélancolique rejoint l'objet perdu dans la mort.

4- Sous les mêmes traits que le mélancolique, chez le maniaque, le narcissisme "surmonte" la perte de l'objet et jubillant de "son triomphe sur l'objet", il jouit de sa survie sur l'objet.

« Le Moi s'incorpore de la toute puissance de l'objet dont la capacité d'absorption est illimitée »²⁴⁴.

Mais il devient prisonnier de cette "consommation effrénée" jamais assouvi.

L'importance de l'intégration du narcissisme est décrite par Bergeret par sa capacité à intégrer et à lier des "excitations diffuses désorganisatrices".

²⁴² P-L ASSOUN, " *Corps et symptôme : leçons de psychanalyse*", Editions ECONOMICA, 1997, 2^{ème} édition, 2004, Paris, chap XIV, p288

²⁴³ S. FREUD, " *Deuil et mélancolie*" in " *Métapsychologie*", Editions Galimard, Paris, 1968, 1986, p 171

²⁴⁴ A.GREEN, " *Le discours vivant*", PUF, Le fil rouge, Paris, 1973, 1992, p164

2. La violence selon l'axe narcissique

2.1 Le concept de violence

2.2 L'impact de la violence sur les comportements

2.3 Violence et destructivité

Nous allons maintenant aborder le concept de violence selon l'axe narcissique afin d'explorer la violence dans le recours à l'acte.

Les définitions trouvées dans le « Trésor de la langue française » renvoient au terme de violence l'équivalent d'une « force exercée par une personne ou un groupe de personnes pour soumettre, contraindre quelqu'un ou pour obtenir quelque chose ». D'« acte(s) d'agression commis volontairement à l'encontre d'autrui, sur son corps ou sur ses biens ». D'« ensemble d'actes, d'attitudes qui manifestent l'hostilité, l'agressivité entre des individus ».

La violence est liée à la destructivité et à l'agressivité, et, pour reprendre Y. Morhain :

« La destructivité est parfois si étroitement associée à Eros que l'on peut se demander si ce que Freud appelait pulsion de mort n'est pas foncièrement caractérisé par une violence qui rompt toute limite et toute représentation par une mise en danger, point de bascule vers un au-delà inconnu »²⁴⁵.

Nous allons approfondir et affiner le concept de violence et l'aborder sous son versant narcissique. L'évolution de la violence du primaire au secondaire est marquée par des stades successifs, prenant en compte les ajouts évolutifs du fonctionnement intrapsychique.

2.1. Le concept de violence

2.1.1 La violence fondamentale de J. Bergeret

2.1.2 Violence et souffrance psychique abordées par Piera Aulagnier

2.1.3 La violence instinctive

2.1.1. La violence fondamentale de J. Bergeret :

Il est indispensable pour J. Bergeret de faire une distinction entre violence et agressivité, l'un et l'autre ne correspondent pas au même stade évolutif de l'être. Nous devons suivre les violences et son contact avec l'agressivité dans son aspect phylogénétique (phylogénétique au sens où « *l'ultérieur modifie la constitution de l'antérieur au moment de son apparition* » (J. VUILLEMIN, *Être et trav.*, 1949, p.48)²⁴⁶). Il évoque l'inscription d'une violence « première », premier

²⁴⁵ Y. MORHAIN, "Les avatars de la pulsion de mort et la civilisation : destructivité et « fonction désobjectivante »" in "La destructivité", les cahiers du CRPPC, N°18, nov 2007, p 173

²⁴⁶ Définition extraite de l'encyclopédie « Trésor de la langue française »

dynamisme – dynamisme violent fondamental – à entrer en contact avec l'environnement, cette violence appartient donc à l'archaïque. Il s'agit d'un « instinct à l'état pur » : elle est « instinctuelle, innée et naturelle », son intentionnalité « est purement autoconservatrice »²⁴⁷ (elle apparaît donc distincte de la pulsion de mort et au service de l'Eros).

« La brutalité naturelle primitive, (...), correspond à ce que l'étymologie m'a imposé de définir comme la « violence fondamentale », car l'origine du terme « violence » connote de façon précise l'idée d'une défense de la vie et nous nous trouvons aussitôt ramenés au premier groupe pulsionnel défini par Freud comme opposé aux pulsions sexuelles. (...) ... pour définir l'instinct naturel brutal destiné à la défense de la vie. »²⁴⁸

La violence fondamentale montre l'effort « déployé pour se maintenir en vie ». Sous le registre phallique-narcissique (sous le primat de l'identification narcissique primaire), la violence ne répond pas au principe de plaisir mais à une conduite « du tout ou rien », sans ambivalence ni compromis : l'un domine l'autre (emprise), chacun se défend contre l'autre (violence), sans conséquence car le Surmoi n'est pas encore clairement établi et ainsi la violence primaire fondamentale n'engendre pas le sentiment de culpabilité. La violence fondamentale sert d'étayage pulsionnel au fonctionnement imaginaire. (D'où les liens que J. Bergeret articulera entre violence et fantasmes originaires). La violence fondamentale préserve le narcissisme primaire et les implications comportementales et corporelles de celui-ci.²⁴⁹

Il est donc intéressant de voir que l'entrée dans la conflictualité va transformer cette violence primaire. Toujours présente sous forme de quantum d'énergie, elle s'amalgame des seconds dynamismes (violents et érotiques) et s'enrichit du sens objectal et libidinal : elle représente alors l'agressivité. L'entrée dans la conflictualité œdipienne combine la violence à l'érotisation :

« Il ne suffit pas de reconnaître que l'agressivité proprement dite constitue une défense dont le but est parfois de masquer une grande fragilité du moi. Avec l'agressivité, nous évoluons dans une sphère où l'érotisation reste toujours partie prenante dans les processus organisateurs. »²⁵⁰

²⁴⁷ J. BERGERET, *"La violence et la vie : la face cachée de l'œdipe"*, Editions Payot&Rivages, Paris, 1994, p 66,68,69

²⁴⁸ Idem, p 54, 55

²⁴⁹ Idem, p61

²⁵⁰ Idem, p68

Le sens objectal et libidinal apporte le plaisir au sujet par la décharge agressive. Mais la conflictualité haine-amour fait entrer l'agressivité dans le registre de la culpabilité. L'agressivité contient donc les traces archaïques de la violence fondamentale et est présente dans la conflictualité intrapsychique. Pour J. Bergeret, il existerait une "agressivité primaire"

qui « apparaît déjà très complexe dans sa structure, elle est à la fois *activité d'expulsion* (corporelle et représentative), motricité à la fois désordonnée et manifestant déjà un *désir d'emprise, clivage* (sous le registre perceptif : par le déni et le mécanisme de dénégation qui donne sens à la perception) et *déliation* (ce serait là son rapport avec l'instinct de mort) »²⁵¹. Le moment est délicat « où la violence va virer à l'agressivité, de même, qu'il est malaisé, souvent, de percevoir l'instant où le fantasme encore négociable comme tel va dégénérer en passage dans le comportement », (passage dans le comportement, y compris des formes somatisables), « dès que la représentation imaginaire ne sera plus considérée comme efficiente sur le registre de la liaison entre les différentes lignées de représentations d'objets pulsionnels, ni supportable en face des exigences de satisfaction imposées par des besoins narcissiques fondamentaux de sécurité »²⁵².

Il est important que la violence soit liée positivement durant la phase œdipienne,

« sinon, la perversisation de ce courant libidinal par la violence non liée va imprimer dans le fonctionnement imaginaire du sujet une trop importante proportion de vécus agressifs, destructeurs et autodestructeurs »²⁵³.

2.1.2. Violence et souffrance psychique abordées par Piera Aulagnier (1975).

Piera Aulagnier illustre la vie de l'organisme « comme fondant une oscillation continue entre deux formes élémentaires d'activité : le "prendre-en-soi" et le "rejeté-hors-soi" ». Figurations dans l'inscription de la psyché que l'on peut rapprocher des termes psychanalytiques d'investissement et de désinvestissement libidinal qui déclenchent l'intervention de l'étaillage pour répondre au besoin suscité par les pulsions de conservation. Pour elle, la souffrance va donner accès à la réalité, elle considère la souffrance comme un étaillage, dans la mesure où la souffrance oblige la psyché « à prendre en considération le concept de différence, à commencer par celle qui sépare la réalité du fantasme ». La réalité est définie par S. Freud comme une fonction régulatrice et protectrice qui vient modérer l'exigence du plaisir et

²⁵¹ J. BERGERET, "psychologie pathologique", Masson, Paris, 1972, 2000, p281

²⁵² J. BERGERET, "La violence et la vie : la face cachée de l'œdipe", Editions Payot&Rivages, Paris, 1994, p73

²⁵³ Idem, p60

refréner le plaisir du corps. Pour Piera Aulagnier, il s'y glisse une voie de maîtrise possible persécutrice, liée aux enjeux de mort présents dans la réalité et s'incarnant dans le corps, un corps avant tout un corps-réalité dominant le Je. L'éprouvé corporel permet un jugement d'attribution et d'existence. La filiation, dans les 1^{ers} rapports "Je -corps" et "Je - Réalité" permet d'accéder ou non, dans la rencontre primaire à une résistance. Piera Aulagnier s'est interrogée sur la possible assimilation de l'emprise de « la violence héritée » sur la vie du sujet. L'intégration de cette violence résulterait, non pas d'Eros mais des « forces de violence et de destruction » qui fa onnerait le sujet. Le rôle pacificateur d'Eros consisterait dans le maintien de l'investissement de la vie en contenant la destructivité.

La violence primaire :

La base de la relation mère-*infans* est constituée par une violence nécessaire dans l'intégration par l'enfant des interdits, des limites, introjection des lois et des exigences.

« La parole maternelle déverse un flux porteur et créateur de sens qui anticipe sur la capacité de l'infans d'en reconnaître la signification et de la prendre à son compte »²⁵⁴.

Cette exposition de la violence dans le sens d'une action sur le psychique est nécessaire pour l'organisation psychique, le sujet est alors enclin à modifier son désir pour satisfaire le désir de l'Autre. Le but est atteint lorsque l'enfant y reconnaît un besoin qui suscite une demande.

Lorsque cette violence « naturelle » est intégrée par le sujet, il peut alors, par la suite construire son individualité sur ce cadre. Il peut ainsi élaborer des projets plus créateurs.

Par contre, lorsque le sujet s'est construit à partir de bases ins curis es, instables ou sclérosantes pour son individualité, la violence primaire devient une violence « défensive ».

La violence primaire menace l'autonomie et provoque un agir comportemental. Le vécu d'agressivité est combattu et la violence est inscrite comme exogène et non plus comme endogène. L'agir donne l'illusion d'une maîtrise sur l'objet et renverse la passivité du sujet en position active.

La violence secondaire :

Elle appartient au registre du désir et s'étaye sur la violence primaire

« dont elle représente un excès, le plus souvent nuisible et jamais nécessaire au fonctionnement du Je malgré la prolifération et la diffusion dont elle fait preuve »²⁵⁵.

²⁵⁴ P.Aulagnier, (1975), "la violence de l'interprétation du pictogramme à l'énoncé", PUF, Paris, 1991, p36

La violence secondaire masque la violence primaire qui revêt alors l'apparence du désir propre, souhaité et convoité. Elle forge une subjectivation comme la mise en sens du monde. L'introjection des états internes du bébé est conditionnée par l'action "contenante" de la mère. L'impact de la réaction de la mère sur les affects vécus va se réfléchir sur le bébé, par son « effet miroir », et la répétition va donner sens à l'altérité et construire de l'interaction.

La violence, résultat de l'association des deux : violences primaire et secondaire, combine le besoin et le nécessaire avec le registre du désir et ainsi résiste aux défenses du Moi. La réalité apparaît à travers le corps dans la perception et les sensations. Le glissement vers l'inquiétant et le percécutif apparaît dans ce qu'elle nomme « décorporisation », sentiment d'étrangeté déstructurant l'espace corporel.

Piera Aulagnier, en 1975 propose le concept de "pictogramme" pour définir et expliquer le retentissement des 1ères images psychiques. Le *pictogramme* est un des facteurs organisant l'action et l'économie du processus primaire.

« Tous les processus psychiques ont pour tâche la production de représentation »
(...) « par activité de représentation, nous entendons l'équivalent psychique du travail de métabolisation propre à l'action organique »²⁵⁶. « Selon les processus en jeu, l'action psychique donne naissance à des représentations différentes : ainsi nous aurons, le pictogramme ou représentation pictographique, le phantasme ou représentation phantasmatique et l'énoncé ou représentation idéique »²⁵⁷.

Tout acte, toute expérience, tout éprouvé donne lieu conjointement à un pictogramme, à une mise en scène et à une mise en sens (par le processus secondaire).

2.1.3 La violence instinctive

Selon ces deux acceptions distinctes, nous retrouvons la conception d'une violence que nous pouvons nommer "instinctive" au service de l'élaboration de l'imaginaire, fantasmatique qui permettrait d'assurer au sujet une bonne organisation conflictuelle. L'une et l'autre acceptions s'accordent pour voir dans la violence primaire une violence défensive et un passage dans le comportement (agir comportemental). La violence secondaire de P. Aulagnier correspond à l'agressivité de J. Bergeret, en ce qu'elles appartiennent au registre du désir et s'étayent sur la violence primaire. Le « pictogramme » pourrait représenter les traces archaïques laissées par la violence fondamentale décrite par J. Bergeret. Par contre, P. Aulagnier fait entrer

²⁵⁵ P.Aulagnier, (1975), "la violence de l'interprétation du pictogramme à l'énoncé", PUF, Paris, 1991

²⁵⁶ Idem, p26

²⁵⁷ P.AULAGNIER, (1975), "la violence de l'interprétation du pictogramme à l'énoncé", PUF, 1991, p29

l'objectalité dès la violence primaire, alors que pour J. Bergeret, elle n'intervient que sous sa forme d'agressivité, donc secondairement. L'étude et la comparaison des concepts définis par P. Aulagnier et J. Bergeret, nous apportent une orientation et une contribution intéressantes dans la distinction que nous recherchons entre les notions de violence, d'agressivité et de destruction et du rapport qu'ils entretiennent avec la pulsion de destruction. Un environnement familial précoce défaillant est responsable de l'intériorisation agressive.

« Si le registre de l'hostile domine chez un sujet, c'est qu'il a vécu dans un univers familial défaillant, qu'il n'a pas été pris dans un contrat narcissique primaire qui lui aurait porté témoignage qu'il comptait comme sujet original »²⁵⁸
(désir et amour de ses parents)

Le retentissement de la violence primaire absolu, l'instinct de mort et la compulsion de répétition apparaît dans les comportements d'automutilation et les conduites à risque. Le sadisme serait le résultat de la pulsion agressive tournée vers l'extérieure et au service de la libido, tandis que le masochisme érogène, de la libido restée à l'intérieure.

2.2. L'impact de la violence sur les comportements

2.2.1 La violence subie : la contrainte

2.2.2 La violence agie : l'impulsivité

2.2.1. La violence subie : la contrainte

La position passive de ce comportement oriente vers une tentative inconsciente d'effacement, d'anéantissement, de « réduction des tensions » à zéro.

Ce dont le sujet se contraint, c'est d'atteindre son désir. Dans l'analyse du destin du désir, nous pouvons considérer : 1- le désir narcissique du moi : l'insatisfaction de ce désir engendre une dévalorisation par sentiment d'échec, inverse au principe de plaisir, par la dichotomie "Eros / Thanatos" pouvant constituer l'angoisse de mort, l'autopunition, et 2- le désir "surmoïque", c'est à dire l'appropriation du désir de l'Autre façonné dans l'enfance. L'insatisfaction va à l'encontre de l'autonomie et la dépendance perdue en même temps que la culpabilité.

La réalité extérieure, en relation avec ce qu'il révèle de l'inconscient, devient la cause du déclenchement de l'angoisse. La genèse de l'affect d'angoisse, en effet, apparaît de façon intrapsychique mais peut être considérée comme exogène, réactionnelle dans la mesure où les

²⁵⁸ André SIROTA : *"Figures de la perversion sociale"*, Editions EDK, Paris, 2003, p219, en référence P. Aulagnier (1975, pp129-213)

affects prennent sens dans le réel, en entrant en contact avec la réalité extérieure. Le monde extérieur est la révélation des substitutions successives des désirs pulsionnels enfouis dans les noyaux refoulés. Là encore le sujet doit réaliser un symptôme pour suppléer aux "revendications du monde extérieur". Le sujet essaie de rendre conforme les exigences des instances intrapsychiques avec le monde extérieur. D'une soumission interne, le sujet devient soumis au monde extérieur.

Contrainte et inhibition: la confrontation d'événements nouveaux chargés de connotations négatives "acquises" va associer l'émotionnel présent au vécu accentuant les processus défensifs. Ces modes défensifs mis en place pour éviter la réminiscence des affects refoulés engendrent des mécanismes d'évitement, de déplacement des affects, de sublimations... Le sentiment d'insécurité signe la menace intérieure, les conflits intra psychiques en cause.

« L'angoisse névrotique n'est pas la reproduction de l'angoisse automatique pour des situations nouvelles, elle est la reproduction de la même situation »²⁵⁹

Le désir tend vers la possession de l'Objet qui manque, en relation avec les images idéales inculquées, cette intention favorise l'accroissement d'énergie pulsionnelle dans la tentative d'accession au désir, au principe de plaisir.

L'inhibition correspond à une simple "diminution de la fonction" aboutissement d'une réussite de défense du moi, fuite d'un danger par le renoncement ou l'évitement, le symptôme serait la « modification inhabituelle de cette fonction ou d'un nouveau type de fonction » (S. Freud). Le symptôme, corps étranger au moi, entre le Moi et le Ça, est le signe et le substitut d'une satisfaction pulsionnelle entravée par le processus du refoulement. Le principe même de l'inhibition est ce non aboutissement de la satisfaction interdite par le surmoi intransigeant. La pulsion n'atteint pas son but, devient inhibée. La tentative d'expulsion des pulsions passe par la transformation des satisfactions en satisfactions secondaires pour gérer les afflux d'excitations internes. Cependant

« quand une pulsion succombe au refoulement, ses éléments libidinaux se transforment en symptômes, ses éléments agressifs en sentiment de culpabilité »²⁶⁰.

L'inhibition suggère la culpabilité. L'inhibition agit comme autopunition pour éviter le conflit Moi-Surmoi et se protéger d'un appauvrissement en énergie dans le conflit Moi-Ça. Cette inhibition accompagne l'activité et apparaît pour le sujet comme la représentation d'une lutte

²⁵⁹ D. WIDLOCHER, *"Traité de psychopathologie"*, PUF, Paris, 1994

²⁶⁰ S. FREUD, (1926) *"Inhibition, symptômes et angoisse"* (I.S.A.), PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002, § 143

intérieure, un mal-être. Les contraintes exercées par l'inhibition sur la vie sont multiples. Le travail excessif du Ça entraîne une perte énergétique engendrant un sentiment d'ennui, de lassitude, de désintérêt. La rumination excessive, l'inhibition sociale restreignent la valeur des contacts avec autrui engendrant un sentiment de solitude. L'inhibition représentée dans les conduites d'évitement et la réduction des activités habituelles prend la place de l'agressivité, elle bloque l'intensité d'excitation dangereuse. L'accumulation de ce comportement entraîne non seulement le repli sur soi mais aussi des comportements agoraphobiques qui tiennent lieu de désignation de l'objet anxiogène donc de la représentation d'une angoisse qui ne pourrait pas être décrite autrement. La névrose d'angoisse est caractérisée par cet excès d'inhibition, représentation d'une lutte intérieure qui fait ressentir au sujet un mal-être permanent.

L'élaboration fantasmatique

Nous pouvons rappeler que l'élaboration fantasmatique est un mécanisme particulièrement usité par le névrosé. Pour le névrosé, la jouissance est impossible à réaliser sous peine de se perdre. Le fantasme soutient le désir. Le désir utilise la voie du fantasme pour signifier le manque de jouir : il porte la marque du manque : le petit a. Le fantasme se sert du symptôme corporel pour faire émerger le désir sur la scène du réel. L'irruption du fantasme dans le réel dévoile le désir par une mise en acte dont les symptômes en sont les représentants. Le fantasme recouvre l'angoisse car le passage de la jouissance au désir passe par l'angoisse. L'angoisse pose la question du désir de l'Autre, il entraîne le sujet vers la réalité extérieure. Le fantasme se place à l'interface du sujet inconscient du désir et de la chute de jouissance : il apaise ainsi l'angoisse. Il s'agit d'un scénario qui surprend par son caractère énigmatique et dont le récit se répète. Il contient les personnages acteurs de la scène, une action, un affect dominant et une partie du corps engagée dans l'action.

2.2.2. La violence agie : l'impulsivité

La position active de ce comportement d'impulsivité renvoie au comportement ordalique. Nous pouvons considérer ces comportements comme des équivalents de conduites suicidaires.

La conduite ordalique

La conduite ordalique est définie par Marc Valleur (1984) comme une conduite plus ou moins répétitive du sujet dans des épreuves à risque où le risque mortel n'est ni prévisible, ni envisagé, ni renié, inconcevable. Elle se différencie de la tentative de suicide par la

"provocation au destin" et l'excitation qu'elle suscite. L'"imprévisible" constitue le fantasme ordalique de « s'en remettre à l'autre », au hasard, dans un fantasme de toute-puissance, de toute maîtrise sur la mort et engendre un sentiment d'immortalité d'où le sujet tire un bénéfice narcissique. Il se sent au dessus des lois humaines et jouit en transgressant les règles. La conduite ordalique illustre parfaitement l'externalisation de l'objet et la confrontation avec celui-ci comme une manière de réduire, de juguler une fragilité et vulnérabilité interne. Le substitut d'identification prend la valeur d'auto-engendrement comme revers de la dépendance.

Dans la conduite à risque, la dimension active de recherche de sensations est significative. Cette recherche de sensations n'est pas sans rappeler l'existence extrasensorielle des psychoses. L'activité vient répondre à un besoin : remplir un vide (rompre avec l'ennui), permettre la dénégation « je ne veux rien en savoir », combler une faille narcissique (que la vie ordinaire n'arrive pas à colmater), décharger l'agressivité « non exprimable » résultant des affects débordants.

L'agir se présente davantage sous la forme d'un défit, d'un flirt avec la mort sous le profil d'un fantasme de "toute puissance". La croyance de toute puissance déclenche la transgression des interdits (revendications).

Le masochisme primaire s'exprime sous sa forme sublimée.

La recherche de sensations²⁶¹

La recherche de sensations est un concept développé par M. Zuckerman en 1969. Elle représente un trait de personnalité définissant un individu ayant besoin d'expériences et de sensations variées, nouvelles, et complexes, dans le but de maintenir un niveau optimum d'activation (1972), et la volonté de s'engager dans des activités physiques et sociales risquées, expériences recherchées pour elles-mêmes (1979 a). Elle est inscrite et définie dans une échelle de recherche de sensations : cinq facteurs la caractérisent dans la forme IV de 1971 : facteur Général, Recherche de danger et d'aventures, Recherche d'expériences, Désinhibition, Susceptibilité à l'ennui.

Le facteur "Recherche de danger et d'aventures" suggère fortement ce que nous nommons aujourd'hui "comportement à risque". Il représente la tendance à sous estimer le risque – même si le défi porte davantage sur l'appréciation fine du danger et de ses limites –, la

²⁶¹ Nous avons utilisé pour l'étude de ce concept la lecture de l'article de Solange CARTON, "*La recherche de sensations : quel hédonisme ?*", in *Revue Internationale de psychopathologie*, 1995, N°17, P71-93

tendance à anticiper plus le bénéfice de ces activités que les effets négatifs – elle est sous tendue par le plaisir que le sujet escompte retirer de telles expériences –.

« En effet, le joueur de l'impossible a un besoin vital de repousser la limite, et de continuer à s'approcher toujours plus de l'inconnaissable ; s'il se heurte à une limite infranchissable, il devient vital, pour lui, que l'inconnaissable prenne un nouveau visage, afin qu'il puisse continuer à essayer de l'approcher »²⁶².

Atteindre une nouvelle limite : « c'est ce qui le tient en éveil » et lui permet de subvenir à l'ennui.

Le facteur Désinhibition apparaît dans les attirances pour les jeux d'argent, le comportement sexuel plus libre, la musique forte, les films à sensations. Il se rapproche du facteur Extraversion pour les aspects impulsifs, non conformistes et dominants. Nous pouvons reprendre la conclusion de S. Carton :

« C'est, envisagée en rapport avec ses substrats psychophysiologiques, que la théorie de Zuckerman peut nous servir à penser la fonction de cette quête violente de sensations comme augmentation *d'une* tension, dût-elle aller flirter avec la douleur »²⁶³.

2.3. Violence et destructivité

2.3.1 La destructivité dans le masochisme

2.3.2 La destructivité dans les conduites d'autopunition

2.3.1. La destructivité dans le masochisme

Le masochisme originaire naît du refoulement originaire et construit la structure masochiste de tout fantasme fondamental. La carence des liens primordiaux génère la conflictualité intrapsychique et le syndrome d'abandon. Et la défaillance du narcissisme primaire conduit au masochisme primaire.

Masochisme primaire :

Comme nous l'avons vu précédemment, le masochisme primaire érogène alimente les premières intrications des pulsions de vie et de mort. Les principes plaisir/déplaisir se trouvent confrontés à la compulsion de répétition au niveau du Ça qui transforme un déplaisir pour le moi en satisfaction pulsionnelle (dans "Au-delà du principe de plaisir", S. Freud,

²⁶² Solange CARTON : "La recherche de sensations : quel hédonisme ?", in Revue Internationale de psychopathologie, 1995, N°17, P81

²⁶³ Idem, p 86

1920). Pour F. Patche, l'instinct de mort constitue ce qui existe de plus fondamentalement primaire dans le masochisme primaire. Le masochisme primaire fait apparaître une régression qui peut conduire à « l'état inorganique » :

« Le masochisme, le retournement de la pulsion sur le moi propre, serait donc en réalité un retour à une phase antérieure de cette pulsion, une régression. (...) Le masochisme pourrait être aussi un masochisme primaire »²⁶⁴.

Le Moi narcissique reste dans l'ambivalence pulsionnelle, la libido a du mal à s'attacher aux objets et rend difficile l'investissement du corps. P. Marty attribue le fonctionnement psychosomatique, en tant que trouble du fonctionnement mental, à la défaillance du masochisme primaire érogène, dans le sens où le masochisme primaire érogène établit une sorte de tolérance aux excitations érogènes corporelles. Dans son rapport à l'abandon : les attachements sont fragilisés par l'angoisse de perte que constitue la remémoration des abandons primaires de l'enfance.

Celui qui nous intéresse ici est le masochisme "moral", en effet on retrouve les composantes : de revendication inconsciente en rapport avec la relation Moi-réalité extérieure et la culpabilité excessive engendrée par le Surmoi, d'un côté le blocage avec la réalité et de l'autre un blocage des satisfactions pulsionnelles. Le sentiment de culpabilité inconsciente présente dans le masochisme "moral", conforme à la problématique œdipienne reflète l'idée d'une souffrance pour combler une dette psychologique. Le sentiment de culpabilité inconsciente se porte sur le droit d'exister : donner leur vie peut constituer la seule manière de combler cette dette. La sévérité du Surmoi – rigidité et intégration des interdits – met le sujet dans une disposition à répondre au désir de l'autre. Le sujet intègre le désir de l'autre comme sien : le masochisme met le sujet à la disposition de l'autre comme non réalisation de son existence propre, son désir comme interdit. La pulsion d'emprise place le sujet invariablement dans cette position.

Le masochisme moral conduit à l'autopunition que nous pouvons considérer comme une conduite de victimisation.

2.3.2. La destructivité dans les conduites d'autopunition

Les conduites d'autopunition telles que l'autoflagellation et l'automutilation font partis de l'autodestruction favorisée par le masochisme. Lorsque le sujet s'auto inflige une "punition" corporelle, celle-ci lui permet de se "sentir" exister, de retrouver ses limites Moi / non Moi. Le

²⁶⁴ S. FREUD : (1916-1920) "Au delà du principe de plaisir" in œuvres complètes, tome XV, PUF, 1996, p 328, §59

geste peut être considéré comme un appel à l'autre et plus spécifiquement une reconnaissance de la détresse éprouvée et contribuer à la fois aux retrouvailles de l'objet, de retrouver la complétude dans le soutien de la mère primaire et en même temps de déceler son "pardon" et par conséquent apaiser la culpabilité inconsciente.

Pour S. Freud, le sujet se défend contre la tendance auto agressive de la pulsion de mort par l'agressivité. P. Janet a pointé l'importance de l'épuisement en tant que symptômes névrotiques,

« L'épuisement consisterait essentiellement du point de vue affectif, dans la libération ou l'intensification de certaines tendances inconsciente très primitives : les tendances à la violence, à la destruction, – c'est-à-dire la révolte agressive, le sadisme –. La violence, a-t-on dit, est la force des faibles »²⁶⁵.

J-M. Porret distingue la pulsion d'agression de la pulsion de destruction : la première agit sur les objets extérieurs, de même qu'elle répond à leurs agressions. Alors que la portée de la pulsion de destruction est essentiellement interne, « son action est de l'ordre de l'auto-désinvestissement du moi »²⁶⁶.

« La pulsion d'agression est stimulée lorsque l'intégrité du moi et du narcissisme est mise en péril ou entamée par les objets externes, et également quand ceux-ci constituent un obstacle pour l'accomplissement des visées narcissiques et pour l'expansion du moi »²⁶⁷ (...) « En résumé, la pulsion d'agression est activée de façon régressive lorsqu'il s'agit d'assurer la puissance et l'expansion du moi, la sauvegarde de son intégrité, de ses valeurs et de son identité aux dépens des objets externes »²⁶⁸. Le désinvestissement destructif : « cette propension à la désertification du moi est l'expression du principe de Nirvana qui opère à la base de l'autodestructivité qui tend à réduire les tensions au niveau le plus proche possible de zéro »²⁶⁹

²⁶⁵ A. HESNARD, *"Les processus d'auto-punition en psychologie des névroses et des psychoses, en psychologie criminelle et en pathologie générale"*, 1930, L'Harmattan, 2001, p 52-53

²⁶⁶ PORRET J-M. : *"Auto-érotismes, narcissismes et pulsions du Moi"*, L'Harmattan, Paris, 2006, p 162

²⁶⁷ Idem, p 160

²⁶⁸ Idem, p 161

²⁶⁹ Idem, p 162

3. L'emprise

3.1 Emprise et dépendance

3.2 La relation d'emprise

Nous allons à présent observer comment s'organise la dépendance autour de l'emprise et le caractère violent que peut revêtir l'emprise. En lien avec le narcissisme, l'emprise joint violence, agressivité et destructivité, André Sirota précise :

« L'emprise comporte d'emblée l'aspect de possession, de domination, de contrôle omnipotent de l'objet. Originellement, elle n'aurait pas pour but la souffrance d'autrui et ne pourrait en tenir compte (cette phase, antérieure à la pitié et au sadisme, suppose l'autre encore indifférencié). Il reste néanmoins que l'accent est mis sur la destruction de soi et de l'objet ; l'emprise, témoin des relations premières, des états narcissiques et des modes de défense associés, serait nécessaire à l'investissement du lien à l'objet ; se pose alors la question du trop, de l'omnipotence et de l'empiétement. »²⁷⁰

La pulsion d'emprise, pour S. Freud, est la forme que peut prendre la pulsion de mort quand elle entre au service de la pulsion sexuelle. Le sentiment de culpabilité domine lorsque ces pensées sont envahissantes mais le comportement passager. Au contraire, lorsque la structure perverse est confirmée, l'angoisse et la culpabilité sont inconscientes. Pour S. Freud, l'angoisse de castration est niée, le sujet suit l'influence sans limite de son désir et son fantasme. Sa seule limite est alors la destruction. La perversion se rapporte à des régressions ou fixations à des stades archaïques de la sexualité.

3.1. Emprise et dépendance

3.1.1 La pulsion d'emprise

3.1.2 L'impossible séparation

3.1.3 Le renoncement

3.1.4 La recherche de séparation

3.1.1. La pulsion d'emprise

S. Freud relie l'emprise à la sexualité et à l'instinct de mort.

Pour S. Freud la pulsion d'emprise est « le résultat de l'inhibition du but de la pulsion de destruction tournée vers l'extérieur »²⁷¹.

²⁷⁰ A. SIROTA dans l'éditorial de " la revue de psychothérapie psychanalytique de groupe", ERES, 2008/2, N°51, p13

²⁷¹ PORRET J-M. : "Auto-érotismes, narcissismes et pulsions du Moi", L'Harmattan, Paris, 2006, p 167

A partir de 1920, la pulsion d'emprise est décrite comme une pulsion spécifique rattachée à l'action de la pulsion de mort. L'emprise est considérée comme un moyen pour la pulsion d'atteindre la satisfaction et s'appuie sur un objet d'emprise qui appartient au monde extérieur et cela en se situant en objet d'emprise ou en prenant appui sur l'autre. L'emprise se situe donc à l'interface entre le monde extérieur et le monde intérieur.

L'emprise empêche le sujet de s'individualiser et dévoile la faille provoquée par certains traumatismes, comme l'abandon et la séparation.

« La relation d'emprise, quelque soit la modalité qu'elle revêt (relevant de la problématique perverse ou obsessionnelle), doit être interprétée comme une véritable formation défensive ayant pour fonction essentielle d'occulter le manque tel qu'il est dévoilé par la rencontre à l'autre »²⁷².

La pulsion d'emprise en tant que fixation au primaire

La pulsion d'emprise provient lorsque l'attachement et/ou l'étayage persistent au delà de la durée normale, c'est-à-dire que l'enfant reste dépendant de la mère pour les réponses à ses besoins vitaux et reste fixé sur son 1^{er} objet sexuel. Lors de l'ambivalence, l'enfant a plaisir à rester l'objet privilégié de la mère et tente de s'en détacher. Si, en retour la mère démontre une dépendance, l'emprise peut devenir double et l'enfant exerce, à son tour une emprise sur la mère. L'idéal du moi construit sous ces termes entraîne un Surmoi fort et précoce. La mère ne permet pas le détachement par l'autonomie des activités ou l'éloignement, et conserve le fantasme de son "enfant imaginaire". L'enfant devient l'objet de la mère.

« L'une des expériences masochistes de la maternité réside dans ce fait que les émotions de l'enfant évoluent vers le monde extérieur, loin de la mère, tandis que la mère a tendance à rester attachée à lui et doit consentir au renoncement »²⁷³.

L'emprise conduit l'enfant à s'isoler par rapport aux autres et l'empêche d'investir le monde extérieur. C'est le père, comme séparateur de la relation fusionnelle qui permet à l'enfant de se détacher pour découvrir le monde extérieur, il apporte le cadre, la distance à ne pas dépasser et sécurise l'enfant sur son nouveau territoire qui s'étend. A contrario l'absence de limites est ressentie comme de l'angoisse et renforce la dépendance notamment durant la période œdipienne et les aménagements identificatoires de l'adolescent.

²⁷² Roger DOREY : " *la relation d'emprise*" in Nouvelle Revue de psychanalyse, N°24, 1981, p 130

²⁷³ Hélène DEUTSCH, "*la psychologie des femmes*", tome II : "Maternité", Quadrige, PUF, Paris, 1949, 1987, p20

3.1.2. L'impossible séparation

L'aliénation au désir de l'autre

La conservation de la position idéale de l'enfant impose une forte contrainte et anéantit ses désirs propres: l'emprise dépossède l'Autre de son individualité et de ses désirs propres.

En l'absence d'un tiers séparateur, l'emprise renforce une dépendance par rapport au parent isolé. L'enfant peut aussi avoir à l'égard du parent des manifestations de toute puissance qui empêche celui-ci de s'investir à son tour dans le champ social. La relation d'emprise provoque la souffrance des deux sujets qui deviennent dépendant l'un de l'autre. Le parent isolé développe une relation d'emprise vis à vis de l'enfant quand il ressent douloureusement un sentiment d'échec et de dévalorisation narcissique, généré par la séparation, la perte ou l'abandon.

L'angoisse de perte

L'impossible séparation est décrite comme « l'ombre parlée » dans la fonction maternelle, et engendre l'ambiguïté de l'investissement vis-à-vis de son corps qui reste pur étayage et support de l'ombre. Pour Piera Aulagnier, l'idéalisation de l'enfant "à naître" devient à la surenchère de soins, d'intérêt à l'égard de l'infans : la mère projette sur l'objet ce qu'elle veut qu'il soit ou devienne et laisse apparaître un manque, un en-moins. L'idée que la perte de l'objet soit possible provoque l'angoisse de perte et instaure une pulsion d'emprise. Ce sentiment de perte possible découle de la réminiscence de l'arrachement et de la mutilation ressentie à l'accouchement : l'enfant devient alors « corps perdu ». La séparation peut également être niée dans un fantasme de récupération par « un tout savoir agi sur le corps de l'infans » (P. Aulagnier 1975) qui constitue la négation de la zone d'ombre : fantasme de transparence qui tente de faire échec à l'inconnaissable de toute réalité – la mère sait tout, le délivre de tout ... : l'emprise est totale –. Le regard enveloppant, contenant de la mère peut devenir alors un regard qui dévoile, envahit auquel il faut échapper.

3.1.3. Le renoncement

La recherche de reconnaissance, de valorisation

L'idéal du moi dans la construction du désir provient de l'identification parentale, plus précisément de l'introjection des désirs parentaux. L'enfant tend à répondre aux désirs parentaux en se rendant conforme à l'image de leurs attentes. Cette conformité au désir de l'Autre qu'il intègre comme étant son propre désir l'entraîne dans l'attente d'un accord, d'une

reconnaissance (perte narcissique dans le désir de l'autre comblé par le "plaisir" de recevoir la reconnaissance de l'autre). L'échec peut déclencher une autodestruction par la culpabilité et exacerber l'inhibition déjà conséquente. Le sujet renonce à une partie de ses désirs pour l'amour de l'Autre. A l'intériorisation, l'absorption de l'image de l'objet désiré par la mère correspond le Moi-Idéal, cette représentation imaginaire, idéal, inaccessible met le sujet dans une disposition d'insatisfaction de soi. La violence renfermée dans le corps ne peut se libérer que dans des mouvements d'autodestruction. L'autodestruction peut apparaître la seule manière de rompre l'emprise.

Vécu de rejet et dévalorisation

Le désir de non-désir, reflet du contenu affectif de la pulsion de mort ouvre les portes du repli et du conflit monde intérieur-monde extérieur, amour-haine, institué dans le corps.

S'il existe un rejet de la mère pour l'infans non-conforme à l'idéalisation alors le regard devient un regard qui « efface, ensevelit » : le corps reflet de la souffrance, la maladie, la difformité peut-être « lancé au visage de l'autre comme miroir de sa destructivité », alliant narcissisme de vie et de mort à la faveur parfois de Thanatos, P. Aulagnier ne distingue pas la libido narcissique de la libido identificatoire.

Lorsque la haine de soi devient dominante, nous pouvons comparer ce mécanisme défensif au « fantasme de mauvais objet » dont parle Mélanie Klein et qu'utilise Daniel Rosé :

« si l'objet est absent ou défaillant, cette ulcération *sidère* le psychisme embryonnaire qui se laisse mourir : voilà *la forme minimale* de la pulsion de mort, car, en l'objet plus ou moins défaillant, c'est Thanatos, sous la forme de l'instinct de mort qui n'arrête pas l'excès sidérant ... »²⁷⁴.

Dans son rapport à l'expérience primaire du manque et à la violence objectale,

« cette haine primordiale de l'être qui est d'abord haine de la vie, présente le premier visage de la pulsion de mort »²⁷⁵.

3.1.4. La recherche de séparation

Le conflit dépendance-autonomie chez l'enfant, le désir d'individuation construit l'ambivalence d'un souhait de mort et d'un sentiment de culpabilité envers l'objet (la mère).

²⁷⁴ D. ROSE, "*L'endurance primaire*", PUF, Paris, 1997, p 287.

²⁷⁵ Y. MORHAIN, "*Les avatars de la pulsion de mort et la civilisation : destructivité et « fonction désobjectivante »*" in "*La destructivité*", les cahiers du CRPPC, N°18, nov 2007, p 166

Il s'ensuit que tout mouvement positif du représentant vers le monde s'illustre dans une action fusionnelle par un désir « d'avalement » et que tout mouvement négatif dans une action destructrice par un rejet et un désir de néantisation. La pulsion libidinale se calque sur le modèle de la pulsion œdipienne donc dans la crainte d'être délaissé, dans la résurgence des ambivalences crainte et admiration, recherche protectrice et peur d'être puni. Le Surmoi et l'Idéal du Moi servent de support à l'auto évaluation du Moi. Dans sa recherche de plaire, de correspondre aux attentes de l'autre, et en rapport avec l'identification aux interdits parentaux, le sujet se sent en décalage, son idéal de soi trop fort le renvoie à ses manques et donc à un sentiment de honte, d'infériorité, de frustration. Un sentiment de frustration naît des obligations à suivre les exigences de perfection trop élevées de l'Idéal du Moi dans la réalisation de ses objectifs et renvoie au danger d'abandon, de rejet.

3.2. La relation d'emprise

3.2.1 Emprise et domination

3.2.2 Emprise et agressivité

Le danger de jugement du surmoi s'extériorise dans le danger du jugement de condamnation du monde extérieur via l'environnement social et culturel. L'emprise peut alors être considérée comme un mode singulier d'interaction entre deux sujets, raison pour laquelle R. Dorey propose de l'aborder en tant que *relation* d'emprise : « l'emprise ne prend son plein sens que dans le champ de l'intersubjectivité »²⁷⁶.

La pulsion de destruction se retrouve aussi sous la forme d'emprise, en tant que volonté de dominer les objets extérieurs. Pour A. Sirota, au sein de l'environnement social – en accord avec R. Dorey (1981) – la relation d'emprise serait animée tant par une problématique obsessionnelle que par une problématique perverse :

« A la différence de la problématique perverse, qui a besoin d'aliéner le désir de l'autre au sien, et veut que l'autre désire ce qu'il désire, mettre son désir au service du sien, l'obsessionnel veut prendre ou capter le désir de l'autre, le réduire, le néantiser car il ne supporte pas que l'autre puisse avoir un désir quelconque en dehors de lui et notamment il ne supporte pas que l'autre ait un désir à son endroit »²⁷⁷

²⁷⁶ Roger DOREY : " *la relation d'emprise*" in Nouvelle Revue de psychanalyse, N°24, 1981, p 117

²⁷⁷ André SIROTA : " *Figures de la perversion sociale*", Editions EDK, Paris, 2003, p 41

3.2.1. Emprise et domination

La notion d'emprise renvoie à l'idée de domination, d'autorité, d'ascendance sur l'autre. Elle évoque la dépendance, l'emprisonnement. Elle s'oppose au changement. La pulsion d'emprise, en tant que pulsion « de puissance possessive » devient pulsion de savoir et exacerbe ainsi l'ascendance sur l'autre. L'emprise se dirige vers l'autre, l'autre est pris en tant qu'objet, le sujet s'approprie l'objet comme sien. La dimension destructrice de l'emprise tient dans le pouvoir de séduction. Une séduction qui capte le désir de l'autre et annihile la différenciation : l'autre se trouve aliéné par l'image spéculaire du "double". La recherche de séduire ou fasciner vient du désir de captiver l'autre et le soumettre à son pouvoir. S. Freud utilise le terme *Überwältigung* pour désigner l'emprise dans la maîtrise et la domination, elle est alors considérée comme

« Une domination par une force tranquille qui garde l'objet sous l'œil et sous la main, tenu et surveillé »²⁷⁸.

La violence de l'emprise résulte de la force utilisée pour sauvegarder son objet : la possession détruit le désir de l'autre-objet, ce dernier, sous la contrainte inhibe son Idéal du moi approprié qu'il est par son « oppresseur ». Cette conception rejoint la domination extrait de la notion de perversité de C. Balier

« "La perversité condenserait et lierait l'excitation à la violence" et garantirait d'une assumption narcissique »²⁷⁹.

La relation d'emprise s'intègre dans la manipulation. L'autre sujet ne peut que se soumettre et devient dépendant de son "dominateur". L'ascendance est exercée par le renforcement du sentiment de culpabilité qui augmente le poids de la dette du dominé envers son dominant.

3.2.2. Emprise et agressivité

L'agressivité peut donc résulter de l'emprise, de même qu'elle peut être double par la réciprocité lorsque la différenciation est annulée. L'emprise replace le sujet dans sa position d'impuissance originaire. L'emprise intervient comme recours à la maîtrise de l'absence, de la séparation, de la perte. L'emprise sur l'objet, dans son action d'appropriation par contrainte, par dépossession de l'autre est suggérée par S. Freud sous le terme de *Bemächtigung*. La violence est alors pernicieuse et restreint le désir de l'autre. Cette forme d'emprise est en

²⁷⁸ François GANTHERET : "l'emprise", in Nouvelle Revue de psychanalyse, N°24, 1981, p 105

²⁷⁹ P. RAOULT : "Recours à l'acte et destructivité" in "La destructivité", les cahiers du CRPPC, N°18, nov 2007, p 44

relation avec la composante agressive pulsionnelle : le sadisme – lorsqu'elle se met au service de la pulsion sexuelle prégénitale –, nous retrouvons dans les textes de S. Freud en 1915 :

« Ce que nous pouvons admettre, c'est que la tendance à la cruauté dérive de la pulsion d'emprise »²⁸⁰.

Et en 1920 :

« ... ce sadisme est à proprement parlé une pulsion de mort qui a été repoussée du moi par l'influence de la libido narcissique, de sorte qu'elle ne vient à apparaître qu'au niveau de l'objet. Il entre alors au service de la pulsion sexuelle ; au stade d'organisation orale de la libido, l'emprise amoureuse coïncide encore avec l'anéantissement de l'objet ; plus tard, la pulsion sadique se sépare et finalement, au stade où s'est instauré le primat génital, en vue de la reproduction, elle assume la fonction de maîtriser l'objet sexuel dans la mesure où l'exige l'accomplissement de l'acte sexuel ... »²⁸¹.

La focalisation essentielle sur l'objet donne à l'emprise le caractère sadique en corrélation à la destructivité de la période sadique-anale. Lors du passage au secondaire, la séparation rend effective le rejet par la haine sur l'objet et en même temps est ressentie comme une expérience d'angoisse. Dans la tentative de lier cette excitation pulsionnelle la « haine primitive » sera déchargée à l'extérieur. La destructivité apparaît dans cette recherche de l'unification primaire comme principe d'auto conservation, c'est-à-dire dans la recherche de l'Un par l'annihilation de l'autre : absorption de l'autre en soi par le jeu pulsionnel dirigé par l'action de la pulsion de mort. L'emprise entraîne un retournement contre soi de l'agressivité par contrainte – une lutte intériorisée et ne pouvant pas s'exprimer – et dépendance – le sujet ne peut se soustraire de la domination de l'autre. Les vécus d'abandon ou d'emprise se rejoignent sous l'apparence de dépendance affective.

4. Conclusion :

La violence, sous la forme de destructivité et sous la forme d'agressivité, nous offre un autre regard sur la répercussion de la pulsion de mort sur la vie psychique du sujet et conforte le retentissement du narcissisme primaire.

Les failles du narcissisme primaire empêchent l'intrication pulsionnelle et brident l'organisation d'un conflit d'ambivalence, qui, sous l'égide des principes de plaisir et

²⁸⁰ François GANTHERET : "l'emprise", in Nouvelle Revue de psychanalyse, N°24, 1981, p 107

²⁸¹ S. FREUD : (1916-1920) "Au delà du principe de plaisir" in œuvres complètes, tome XV, PUF, 1996, p 327, §58

déplaisir renforcerait la liaison de la pulsion de destruction par l'Eros. La désintrication renforce la suprématie de la pulsion de destruction et peut entraîner l'effondrement psychique et somatique du sujet jusqu'à la mort. La pulsion d'emprise renforce la dépendance affective et l'imprégnation du sentiment de culpabilité qui, par conséquent, alourdit le poids de la dette psychologique dont nous avons reconnu l'impact sur le processus somatique.

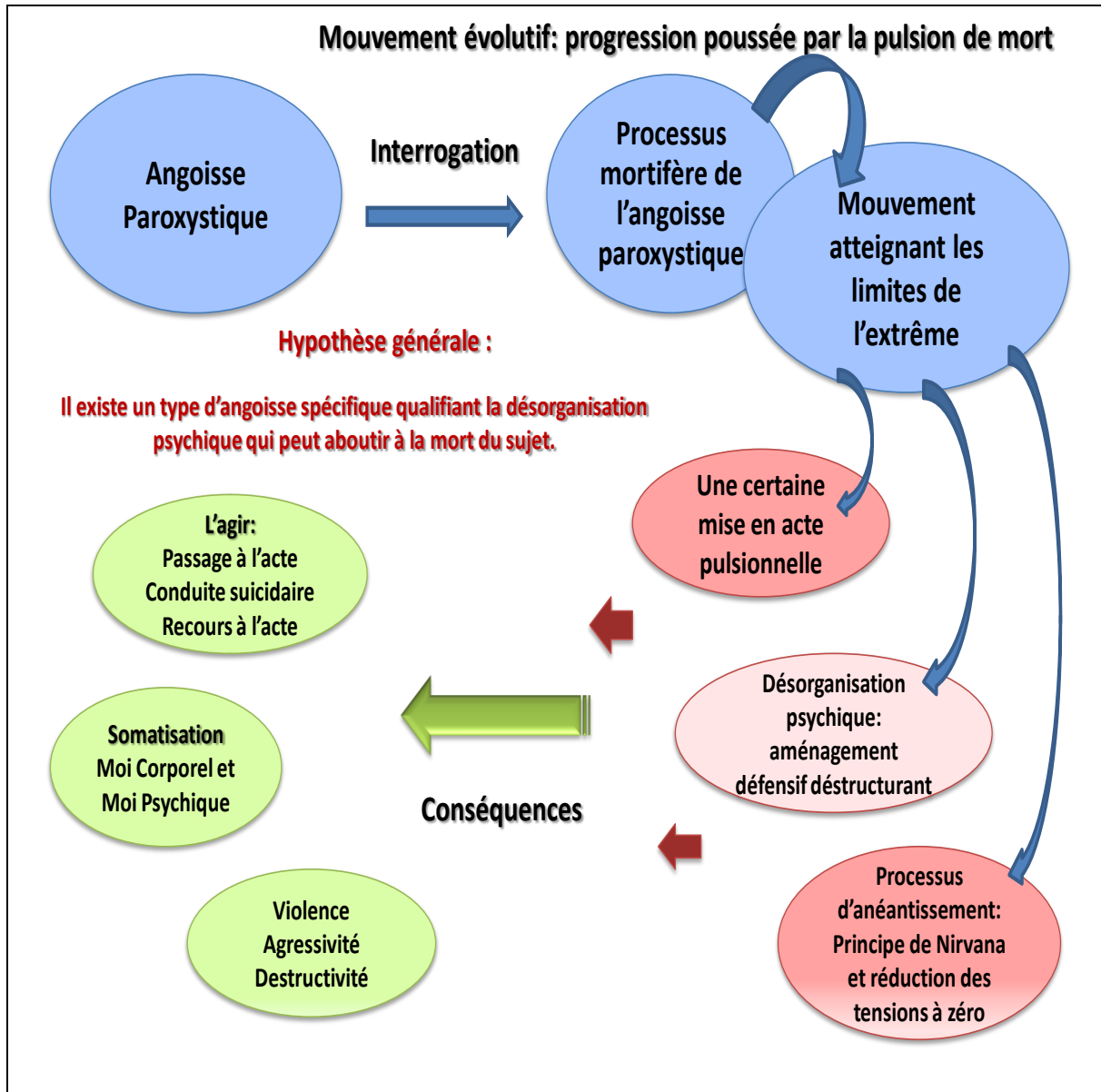
Chapitre 4:

Conclusion de la deuxième partie

1. Le mouvement évolutif de l'angoisse paroxystique
2. L'émergence d'une problématique: travail de modélisation expérimental
 - 2.1. Les types d'organisation psychique
 - 2.1.1. Attitude de victimisation
 - 2.1.2. Destruction de l'autre
 - 2.1.3. Effondrement psychosomatique
 - 2.1.4. Intériorisation de la honte
 - 2.2. Les dimensions psychiques
 - 2.2.1. La possessivité
 - 2.2.2. L'envahissement
 - 2.3. Les dérivées de la crise
 - 2.3.1. Le mode relationnel
 - 2.3.2. Retentissement de la crise
 - 2.3.3. Modélisation et dérivées de la crise

1. Le mouvement évolutif de l'angoisse paroxystique

Mouvement évolutif de l'angoisse paroxystique: Tableau II.4



En considérant ce qui a été traité dans cette deuxième partie, l'aboutissement du processus de l'angoisse paroxystique est analysé comme le résultat du débordement des aménagements défensifs. De cette manière la problématique autour d'un axe dynamique introduit l'anéantissement dû à la régression, significatif du processus du Nirvana et fait appel aux processus défensifs.

Nous avons tout d'abord une "action" établie par l'effet pulsionnel : ce qui bouge c'est l'énergie pulsionnelle. Cette action se forme par souci d'autoconservation, et, avec les pulsions libidinales, elle satisfait un besoin qui demande une décharge pulsionnelle.

Donc, au sens économique : plus la quantité devient "inquiétante" et plus le sujet ressent le risque "d'implosion". L'affect d'angoisse sidère le sujet et le maintient dans un état de confusion psychique : cette confusion intervient sur les principes de plaisir et de réalité. Etat qui réside dans l'illusion satisfaisante du déplaisir confondu avec une réalisation partielle du désir. La recherche de satisfaction du besoin par le principe d'autoconservation est déviée de son but. Plus l'angoisse domine – c'est le cas pour l'angoisse paroxystique qui englobe la totalité de l'être (psyché et soma) – et plus la "déflagration" se fait ressentir au niveau du Moi : le Moi fuit cette tension insoutenable par le désinvestissement libidinal du Moi et la résignation narcissique (haine du Moi et honte) et place le sujet dans une disposition mortifère – vécu d'anéantissement, effondrement psychique –. L'action, lorsqu'elle sort de ses caractéristiques économiques pour "prendre du sens", revêt une certaine représentation et se symbolise par le biais du fantasme : l'action se transforme, si l'on peut dire, en "acte". Le mouvement, par le sens accordé à l'action, va être investi par les aménagements défensifs. Les moyens utilisés par le Moi pour lier les pulsions de destruction à l'Eros vont être à considérer depuis l'élaboration primaire. L'acte crée un retournement d'une défense en désorganisation et conduit, par la désintringation pulsionnelle, vers différentes formes d'agir : corporel, objectal et intersubjectif.

En dégagant le concept d'angoisse paroxystique, l'intérêt se porte sur la période durant laquelle l'angoisse ne tient plus lieu de soutien du Moi mais l'inhibe, le domine et participe à son "effacement".

Les agirs se confrontent directement avec les actes d'agressivité et de destructivité. Les procédés défensifs destructeurs apparaissent dans la désorganisation corporelle. L'éprouvé corporel peut prendre diverses significations, mais dans tous les cas, les symptômes apparaissent comme nécessaires à la décharge pulsionnelle. Et, de ce fait, un "bénéfice secondaire" est accordé au sujet alors même qu'il souffre dans son corps. La destructivité est toujours liée aux objets : que ce soit dans l'expression du symptôme corporel, la douleur, la maladie que dans l'exploration des symptômes psychiques où ces liens objectaux sont retrouvés et où est principalement observée l'importance de la « désobjectalisation ». La décharge par l'agressivité pousse les limites de la désorganisation au delà des frontières du Moi. La réflexivité se produit par l'intermédiaire de l'Autre – l'autre n'est pas acteur mais

prend la place de l'observateur pour qui le geste est dédié –, la réactivité devient possible et entraîne une violence qui échappe aux instances par l'irruption tant inattendue qu'inopinée et grandiose.

La violence conjugue l'agressivité et la destructivité, elle insiste sur l'extériorisation de l'objet par expulsion de l'objet « sur la scène du réel », l'implication de l'autre (intersubjectivité), la « monstration » – la théâtralisation de l'agir se donne à voir du côté de l'objet scopique, dans un versant hystérique –.

Une place prépondérante au masochisme érotique primaire est reconnue dans ces mises en acte. Le masochisme trouve sa place dans chacun des chapitres et illustre une part du fonctionnement sous-jacent du processus de l'angoisse paroxystique. L'étude du narcissisme primaire légitime l'expectative, lors de l'expérimentation, de ses répercussions probantes dans le processus d'angoisse paroxystique. Le narcissisme primaire marquerait ainsi un retentissement important pour le sujet qui nous occupe et peut déterminer la particularité de l'angoisse paroxystique de s'être "implantée" très tôt, dès l'archaïque. Ainsi même si les signes de l'angoisse paroxystique sont reconnus dans le trouble panique, ou, comme le signifiait S. Freud, dans les névroses actuelles, il s'agit bien d'une "actualisation" par la répétition de traumas d'une fêlure ancrée dès le plus jeune âge du sujet.

Une problématique émerge ainsi du cadre théorique.

2. L'émergence d'une problématique: travail de modélisation expérimental

2.1 Les types d'organisation psychique

2.2 Les dimensions psychiques

Tableau de modélisation

2.3 Les dérivées de la crise

L'approche processuelle de l'angoisse paroxystique conduit vers l'hypothèse selon laquelle les sujets développant le processus d'angoisse paroxystique utilisent un fonctionnement défensif particulier.

Nous avons mis en évidence au cours de notre théorisation que :

Le fonctionnement psychique conduit par le processus d'angoisse paroxystique met en condition quatre processus psychiques que nous rappelons : insécurité, revendication, culpabilité, et déprivation. – voir conclusion partie I, p 130 –

Ces processus induisent des comportements selon des attitudes passives/actives décrivant des dispositions mentales déterminées par l'expérience – voir conclusion partie II, chap 1, p 164–:

Insécurité		Revendication		Culpabilité		Déprivation	
Résignation	Réitération	Isolement	Confrontation	Autopunition	Révolte	Dévalorisation	Activité

Ces fonctionnements amènent à la construction de regroupements fonctionnels exprimant des types d'organisation psychique.

2.1. Les types d'organisation psychique:

2.1.1. Attitude de victimisation

Un type d'organisation psychique qui fonctionne selon une **attitude de victimisation** constitue un 1^{er} groupe. Nous pouvons retrouver ce fonctionnement dans la névrose traumatique.

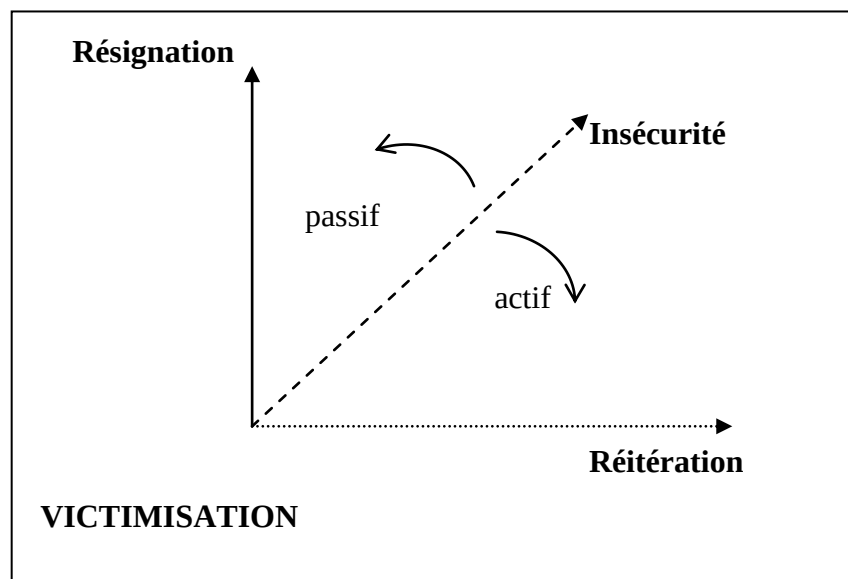
Ce profil se schématise de la manière suivante:

Groupe 1 : Tableau II,4.1

Type d'organisation psychique	VICTIMISATION	
Processus psychique : Le représentant de vulnérabilité majeure	INSECURITE	
Dispositif mental : aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	RESIGNATION	REITERATION

La visibilité du processus d'insécurité, qui en s'incorporant donne des positions subjectives selon les axes passif/actif peut être illustrée schématiquement:

Schéma II, 4.1 : Victimisation



2.1.2. Destruction de l'autre

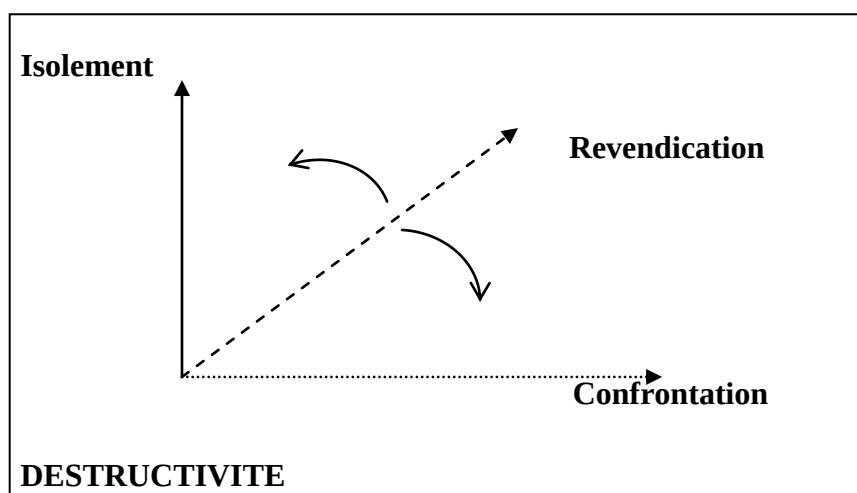
Un type d'organisation psychique qui fonctionne par **la destruction de l'autre** constitue un 2^{ème} groupe. Comme dans l'acting-out, le sujet s'adresse à l'autre, sa conduite est soutenue par le désir de montrer. L'orientation vers l'autre est exprimée de manière implicite sous la figuration de la fuite.

2^{ème} groupe: Tableau II, 4.2

Type d'organisation psychique	DESTRUCTIVITE	
Processus psychique	REVENDEICATION	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	ISOLEMENT	CONFRONTATION

Et s'illustre selon l'axe du processus de revendication:

Schéma II, 4.2 : Destructivité



2.1.3. Effondrement psychosomatique

Un type d'organisation psychique qui fonctionne selon un **effondrement psychosomatique** constitue un 3^{ème} groupe. Le processus psychique déplace l'angoisse sur l'expression corporelle, le préjudice corporel est au service du psychisme.

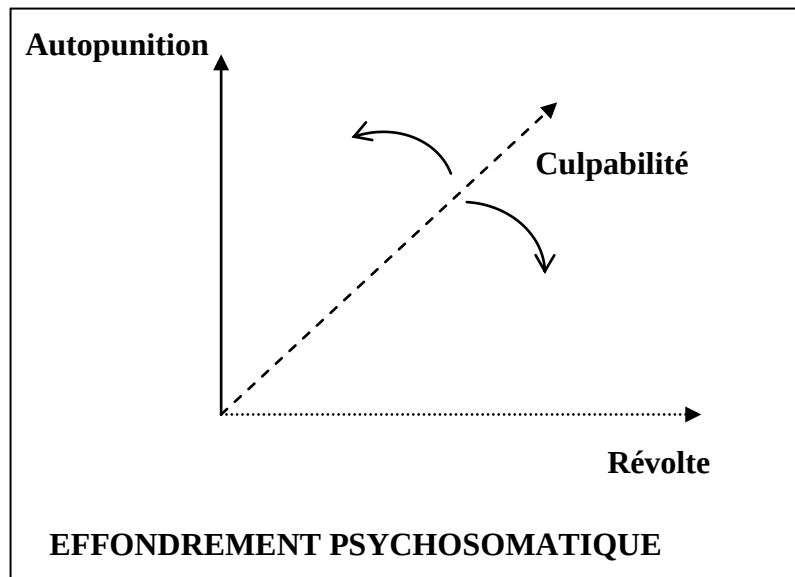
Ce profil se schématise de la manière suivante:

Groupe 3 : tableau II, 4.3

Type d'organisation psychique	EFFONDREMENT PSYCHOSOMATIQUE	
Processus psychique	CULPABILITE	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	AUTOPUNITION	REVOLTE

Et s'illustre selon l'axe du processus de culpabilité :

Schéma II,4.3 : Effondrement Psychosomatique



2.1.4. Intériorisation de la honte

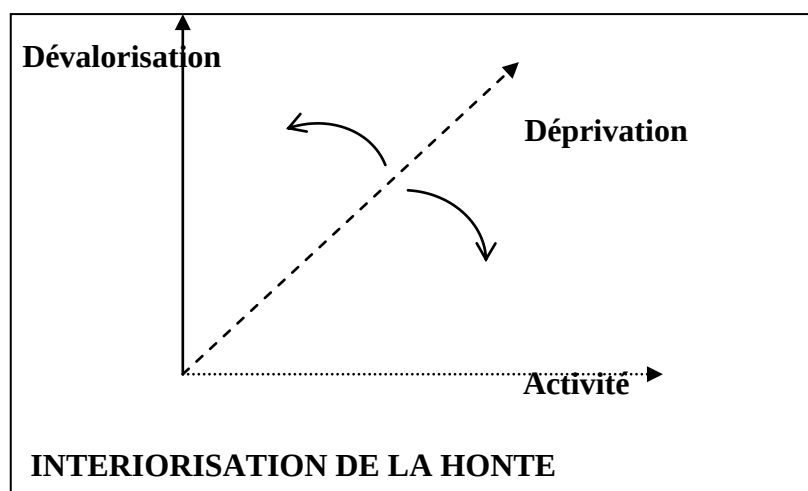
Un type d'organisation psychique qui fonctionne par **l'intériorisation de la honte** constitue un 4^{ème} groupe. Le concept de honte permet de relier les mécanismes de d'auto-dévalorisation et d'activité en les situant du côté de la défaillance du narcissisme archaïque.

Ce profil se schématise de la manière suivante :
Groupe 4 : tableau II, 4.4

Type d'organisation psychique	HONTE	
Processus psychique	DEPRIVATION	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	DEVALORISATION	ACTIVITE

Et s'illustre selon l'axe du processus de déprivation

Schéma II, 4.4 : Intériorisation de la honte



2.2. Les dimensions psychiques :

La modélisation du processus d'angoisse paroxystique propose une observation du sujet dans des postures psychiques particulières qui s'articulent autour de 2 dimensions s'organisant elles-mêmes en paires d'opposés. Le processus d'angoisse paroxystique est induit par le mécanisme de déliaison : 1- de l'interne vers l'externe où la visibilité du phénomène apparaît par la réalité extérieure et, 2- de l'externe vers l'interne où l'incorporation fait surgir le signe par lequel il apparaît.

Le rapport du sujet avec le regard de l'autre: deux versants

2.2.1. La possessivité

Un versant où le sujet est tourné vers l'Autre: l'autoscopie interne qui est représentée par **la possessivité**.

Il s'agit d'une représentation de la présence invasive de soi-même comme autrui. L'attitude de victimisation et la destructivité représentent les deux faces d'une problématique liée au désir de possession. Pour l'attitude de victimisation, le sujet fait appel à l'autre en cherchant sa compassion. Pour la destructivité de l'autre, le sujet provoque l'autre, il cherche à impliquer l'autre, le culpabiliser, le sujet a recours à l'acte pour détruire d'autre.

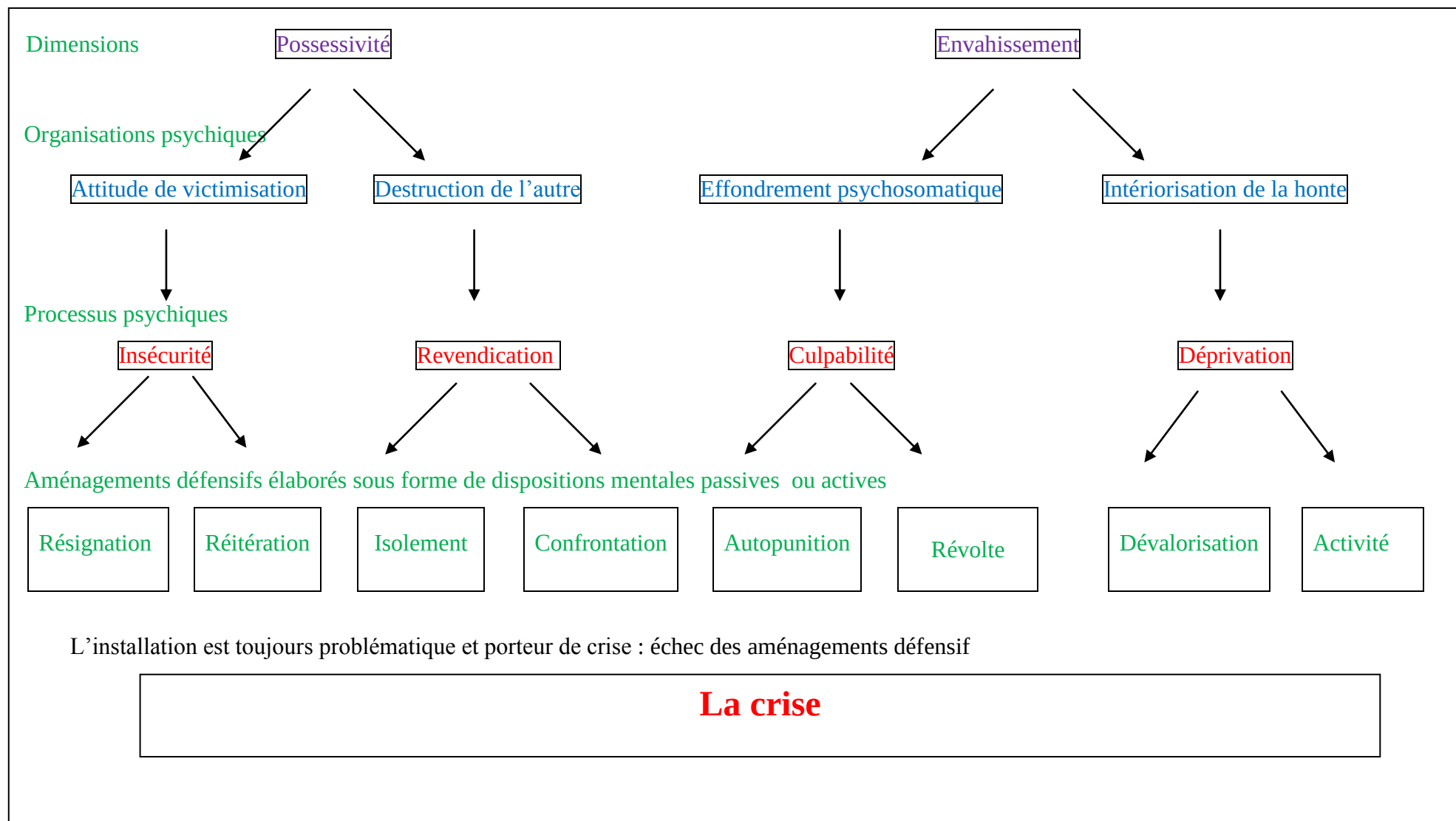
2.2.2. L'envahissement

Et un versant où l'Autre est tourné vers le sujet: l'autoscopie externe est représentée par **l'envahissement**.

Il s'agit d'une représentation invasive d'autrui comme soi-même. L'intériorisation de la honte et l'effondrement psychosomatique représentent les deux faces d'une problématique liée à l'envahissement. Pour l'intériorisation de la honte, c'est le social qui envahit tout, l'Autre attaque l'intégrité narcissique. Pour l'effondrement psychosomatique, c'est le corps qui envahit tout, l'expression corporelle tient lieu de décharge court-circuitant la réalité psychique.

Pour la modélisation de notre problématique, nous pouvons construire un schéma initiatique représentant quatre combinaisons cliniques afin de faire apparaître la variation de ce schéma inaugural avec des sujets cliniquement distincts lors de l'expérimentation.

Modélisation : Tableau II, 4.5



2.3. Les dérivées de la crise

Nous avons montré dans notre chapitre 1, partie II, l'importance de la phase "post-crise"²⁸² en terme de dépassement de la crise et de résolution par la crise. Les dérivées de la crise proposent l'observation "post-crise". Nous recherchons à analyser comment les sujets se perçoivent, vivent et ressentent les retentissements de la crise sur leur avenir, leurs projets.²⁸³

Nous aimerions également montrer que les tendances du sujet, après la crise, dépend du type d'organisation psychique du sujet et de son mode relationnel.

L'analyse des dérivées de la crise constitue un intérêt dans la mise en place d'un dispositif de prise en charge. De ce fait, c'est moins la validité de l'échelle qui est recherchée que la facilité de l'exploitation.

2.3.1. Le mode relationnel

Lors de nos précédentes parties, nous avons monté des comportements défensifs constituant un axe de l'inhibition à la fusion (envahissement) qui sont supposés instituer un mode relationnel selon un axe du repli sur soi au besoin avide de présence. Cela constitue, dans le rapport à l'autre :

Tableau des conversions des items du mode relationnel : tableau II, 4.6

Peu de sociabilité	Sociabilité par besoin de contact et/ou besoin de séduire	Besoin de solidité, de racine, de référence	Sans repli, va vers l'autre	Tente de répondre au désir de l'autre pour exister et avoir confiance en soi	Peur d'être seul, besoin de présence : dépendance affective	Forte dépendance affective Besoin avide de la présence de l'autre
Items du tableau expérimental						
Relationnel pauvre	Relation superficielle	Relation durable	sociabilité	Recherche de reconnaissance, de valorisation, besoin être reconnu	Besoin d'être entouré	besoin d'être très entouré (avidité)

²⁸² Partie II, chap 1, p 160

²⁸³ Selon L-M. Villerbu, l'analyse psychopathologique de tout processus de crise, désigne le projet comme étant « les valeurs et les normes de vie d'une personne désignée, (...) qui privilégient les démarches et se centralisent sous la forme d'un ou de plusieurs axiomes de vie qui imposent leur évidence. L'analyse patho-biographique implique une théorie de la crise, de la rupture (dépression qui use ou trauma qui pose une disjonction ? son mode : délire ou infraction ?) et de la fondation de l'humain (par exemple, d'un vide ontologique constitutif). » (L. M. Villerbu ; "Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie", L'Harmattan, Paris, 2003, p21)

2.3.2. Retentissements de la crise sur la vision du sujet concernant ses projets

Nous avons précisé que l'issue de la crise dépend du "bénéfice" éprouvé au sortir de la crise. La crise peut apparaître une décharge suffisante ou insuffisante et peut constituer un risque plus ou moins important de récurrence. Nous avons tenté de présenter un axe constituant une échelle du « pas du tout » (fort risque de récurrence) au « totalement » (sublimation) de manière à faciliter la critique de notre modélisation théorique par la clinique.

Tableau des conversions des items de projets issus de la crise : tableau II, 4.7

Pas de projet -3	Fatalisme Passivité -2	Néguvisme Difficulté -1	Retour au même Regagner le perdu 0	Vie plus saine Bonne intention 1	Créatif et élaboré Temps à rattraper 2	Nouvelle vie Auto-engendrement vers la fascination 3
Représentant les items :						
Aucuns	Insuffisants	Difficiles	Un peu (neutre)	Constructifs	Inspirés	Sublimés

2.3.3. Modélisation et dérivées de la crise

Nous pouvons supposer que les sujets du groupe 1 :

Passif : ont un réseau relationnel pauvre, des difficultés à aller vers l'autre (davantage dans l'attente de l'autre). Les relations sont contenues dans le "connu" et sont "sécurisées", par conséquent sont des relations durables qui peuvent répondre à leur besoin d'être entouré.

Leurs projections sont difficiles, négatives, voire absentes.

La capacité des sujets à récupérer, à rebondir après la crise est faible.

Actif : ont une avidité relationnelle tellement ils ont besoin d'être entourés. Ils sont sociables à n'importe quel prix : relations superficielles ou durables.

Leurs projections les amènent à tenter de récupérer ce qui a été perdu mais soutiennent de bonnes intentions futures pour une vie plus saine.

Ces sujets peuvent tirer bénéfice de la crise pour installer à nouveau une dépendance (ils se montrent fragiles et impuissants : régression), et investir ce mode d'appel et par conséquent sont prédisposés à la répétition.

Pour le groupe 2, nous proposons :

La violence est similaire pour les passifs comme pour les actifs, c'est leurs modes d'agissements, de comportements qui diffèrent. Nous pouvons nous attendre à un même mode

relationnel : relations, non pas en nombre mais solides qui répondent au besoin d'être entouré et au besoin de reconnaissance.

La projection des passifs est fondée sur la conduite de l'autre. Ils prévoient une intention d'aide, d'écoute et de compassion de l'autre : leur projection est par conséquent passive mais dans l'espoir d'une vie future meilleure, leur correspondant mieux.

La projection des actifs est une projection d'une nouvelle vie, un renouveau, un changement au plus près de leur espérance et dans l'intention d'une vie meilleure, plus saine.

La résolution du groupe 2 dépend des comportements des autres vis-à-vis d'eux. Le bénéfice serait obtenu plus favorablement s'ils sont en capacité de satisfaire leur autonomie tout en étant assurés de conserver l'amour de l'autre.

En ce qui concerne les sujets du groupe 3 :

Passif : se dévoilent peu mais ont besoin de sentir la présence, d'être important pour l'autre (services...), besoin du réseau social pour confirmer son "droit d'exister" (l'autre comme miroir de soi), altruistes.

Lorsque la souffrance perçue par la "crise" est suffisamment significative d'un "règlement de dette", la projection pourrait être de récupérer ce qui a été perdu et dans l'intention de sauvegarder le bénéfice le plus longtemps possible et conserver l'acquis.

Actif : Le refus de continuer de vivre dans la contrainte, la volonté de contrôler leur vie peut montrer un besoin avide de vivre, de liberté. Peuvent montrer une sociabilité sans dépendance mais dans le besoin d'être reconnu.

Cette soif de liberté peut entraîner une forte excitation dans une projection "passionnée". La crise est vécue comme signalant un bouleversement qui autorise et rend accessible la créativité mais marquée d'impatience, d'avidité, de fascination.

Nous pouvons attendre de ce groupe une bonne récupération après la mise en acte, vécue comme une libération.

Pour le groupe 4 :

Passif : sont des sujets en retrait, en besoin de faire valider leurs actions par les autres et par conséquent d'être valorisés. Nous pouvons nous attendre à un réseau relationnel pauvre, construite autour de relations durables où ils sont reconnus.

Leur tendance à l'évitement peut rendre la projection difficile, en tous les cas une projection rassurante, sans impulsivité ni ardeur.

La crise peut les amener à chercher une satisfaction personnelle en se détachant du jugement de l'autre, de la "norme", abaisser les ambitions de l'Idéal du moi.

Actif : leurs tendances un peu excessives, leurs recherches d'intensité permet de penser que ce sont des sujets très entourés, qui recherchent la reconnaissance.

Quant à leur projection, d'ordre sublimatoire peut être tournée vers l'excès. L'impression de sortir "victorieux" de la crise, sous les traits d'auto-engendrement, de fascination peut entraîner les sujets à élaborer la projection sous forme créative et dans l'impatience du temps à rattraper.

Ces sujets doublement actifs peuvent engendrer une force combattive, selon les bénéfices qu'ils peuvent tirer du recours à l'acte. Le côté excessif peut entraîner une réponse du tout ou rien.

Nous attendons plus de bénéfice concernant les sujets appartenant à la dimension « envahissement ».

Tableau récapitulatif modélisation – dérivées de la crise : tableau II, 4.8

Mode relationnel	Pauvre	Relation superficielle	Relation durable	Sociable	Cherche valorisation, Etre reconnu	Besoin être entouré	Besoin très entouré (avidité)
Groupe 1 : Passif :	X		X			X	
Actif :		X	X	X			X
Groupe 2 : Passif :	X		X		X	X	
Actif :	X		X		X	X	
Groupe 3 : Passif :		X		X	X		
Actif :		X		X	X		X
Groupe 4 : Passif :	X		X		X		
Actif :				X	X		X
Projets issus de la crise	Aucun	Insuffisants	Difficiles	Un peu (retour au même)	Constructifs	Inspirés	Sublimés
Groupe 1 : Passif :	X	X	X				
Actif :				X	X		
Groupe 2 : Passif :		X			X		
Actif :					X		X
Groupe 3 : Passif :				X	X		
Actif :					X	X	X
Groupe 4 : Passif :			X	X			
Actif :				X		X	X

PARTIE 3 :

Expérimentation

Chapitre 1 : Les dispositifs de recherche clinique

Chapitre 2 : Analyse

Chapitre 1 :

Dispositifs de recherche clinique

1. Présentation de l'étude de recherche clinique et des hypothèses
 - 1.1. Espaces et lieux d'investigations
 - 1.2. Description de la population d'étude et effectif par lieu d'investigation
 - 1.3. Echantillons cliniques et organisation de l'évaluation
 - 1.3.1. Les critères d'inclusion
 - 1.3.2. Choix méthodologique
 - 1.3.3. Evaluation et instruments d'évaluation
 - 1.4. Articulations des hypothèses
 - 1.4.1. Une hypothèse générale
 - 1.4.2. Hypothèse 1
 - 1.4.3. Hypothèse 2
 - 1.4.4. Hypothèse 3
 - 1.4.5. Synopsis des hypothèses
 - 1.5. Schématisation de l'évaluation dans le dispositif
2. Exploitation des évaluations
 - 2.1. Rencontre avec la population: les effets transférentiels
 - 2.2. Les processus psychiques
 - 2.3. La crise: l'effondrement psychique et corporel actuel
 - 2.4. Rappel des dérivées de la crise
3. Classification
 - 3.1. Sériation de la population
 - 3.2. Répartition des sujets de l'expérimentation selon les groupes de modélisation
 - 3.2.1. Groupe 1
 - 3.2.2. Groupe 2
 - 3.2.3. Groupe 3
 - 3.2.4. Groupe 4
 - 3.2.5. Un sujet non classé

1. Présentation de l'étude de recherche clinique et des hypothèses:

- 1.1 Espaces et lieux d'investigations
- 1.2 Description de la population d'étude et effectif par lieu d'investigation
- 1.3 Echantillons cliniques et organisation de l'évaluation
- 1.4 Traitement des résultats
- 1.5 Articulations des hypothèses
- 1.6 Schématisation de l'évaluation dans le dispositif

1.1. Espaces et lieux d'investigations :

Nous avons choisi de suivre le même protocole dans des institutions différentes de manière à recueillir les informations nécessaires à l'étayage des hypothèses (population, questionnaire, codage), et afin de répondre au mieux à nos interrogations.

Deux institutions:

- Au centre de rééducation fonctionnelle NDL (Notre Dame de Lourdes) de Rennes : lieu de "réparation corporelle"
- A l'hôpital spécialisé CHGR (Centre Hospitalier Guillaume Rénier) de Rennes : lieu de "réparation psychique", ouverture vers une structure de soins psychiatriques.

Nos raisons :

Ces observations dans ces lieux différents permettront de mieux rendre compte du mode de reconstruction élaboré par le sujet et de saisir la manière dont nous pouvons réinterroger l'acte.

La particularité des lieux d'interventions :

- NDL est une clinique spécialisée (association loi 1801) en rééducation fonctionnelle. Le choix de ce lieu a été privilégié pour la diversité des groupes pathologiques et notamment des suivis post TS avec séquelles corporelles, post-comas, des patients cérébro-lésés, des suites d'accidents cardiovasculaires La proposition a été portée à la connaissance du Président de la CME, Docteur Nicolas, qui a jugé le questionnement intéressant, reconnaissant l'impact psychologique dans la guérison de leurs patients. Pour les patients, leurs souffrances psychiques sont reconnues par le personnel soignant comme résultant directement de leurs symptômes physiologiques. Leur demande est une demande de soins physiologiques et somatique.

- CHGR est le centre hospitalier spécialisé universitaire de Rennes. Le choix s'est porté sur ce lieu car l'institution propose un accueil d'urgence aux patients victimes d'une tentative de suicide sans séquelles corporelles majeures (nécessitant une rééducation importante). L'investigation s'est déroulée dans 2 des 4 unités du service du Docteur Le Foll, G08, unités "d'entrants", hospitalisations pour des pathologies variées telles que : dépression, troubles de l'anxiété, addictions. L'attention du personnel soignant pour les patients porte essentiellement sur leurs souffrances psychiques. Leur demande est significative d'un besoin psychologique et fonctionnel.

1.2. Description de la population d'étude et effectif par lieu d'investigation

13 sujets sont évalués à NDL, pour 12 sujets au CHGR. Lors de l'entretien, ils sont hospitalisés ou ont été hospitalisé dans le service et sont en hôpital de jour ou en suivi extra hospitalière ou en secteur (pour CHGR).

Groupe NDL : tableau III, 1.1

Patients NDL	Age	Sexe	Profession	Pathologie ²⁸⁴
Mars	45 ans	H	Routier	Récidive hernie grave
Gurvan	52 ans	H	Agent de service éducation nationale	AVCI
Nicolas	34 ans	H	Routier	TS
Jojo	55 ans	H	Sans	Cérébro-lésé Agression
Nono	47 ans	H	VRP	Coma
Loïc	50 ans	H	Informaticien Télécom	Trauma crânien
Nolan	45 ans	H	Commercial	Tétraparésie sur neuropathie de réanimation
Didier	49 ans	H	Facteur	AVCI
Sylvie	45 ans	F	O.S Citroën	Trauma crânien
Anne-Marie	43 ans	F	Secrétaire médicale	Coma Pneumonie
Danièle	60 ans	F	Retraitée Prépa pharma / foyer	TS
Coco	66 ans	F	Commerçante	AVCH
Bleu	64 ans	F	Agricultrice en retraite	AVCI

²⁸⁴ AVC: Accident Vasculaire Cérébral / AVCI accident ischémique / AVCH: accident hémorragique

GROUPE CHGR : tableau III, 1.2

Patients CHGR	Age	Sexe	Profession	Pathologie ²⁸⁵
Marylène	48 ans	F	Auxiliaire de vie	TS
Florian	23 ans	H	Agent de fabrication	TS
Hervé	36 ans	H	Parc et jardin	Décompensation agressive
Guy	44 ans	H	Conseiller financier	TS
Béatrice	42 ans	F	Agent administratif mairie	dépression
Abir	29 ans	F	Doctorante	TS
Patrick	48 ans	H	Ebéniste	Idéations suicidaires Dépression
Geneviève	64 ans	F	Enseignante	TP, hypocondrie
Marie	41 ans	F	Aide soignante	Syndrome anxio dépressif, idéations suicidaires
Jérôme	30 ans	H	Agent agroalimentaire	Crises d'angoisse
Emilie	25 ans	F	Educatrice spécialisée	TS
Christophe	31 ans	H	Intérimaire	TP

1.3. Echantillons cliniques et organisation de l'évaluation

1.3.1 Les critères d'inclusion

1.3.2 Choix méthodologique

1.3.3 Evaluation et instruments d'évaluation

1.3.1. Les critères d'inclusion

- Pour les sujets de NDL : patients anxieux ayant subi un traumatisme corporel
- Pour les sujets du CHGR : patients demandeurs de soins pour des troubles anxieux, crises d'angoisse ou suite à une ou des TS

²⁸⁵ TP: trouble panique

Les patients peuvent être consultants ou hospitalisés au moment de l'entretien, et le motif touche toujours à l'angoisse.

Sont exclus du groupe de patients, les sujets refusant de donner leur consentement pour la participation à l'étude.

Avant toute investigation, un formulaire est rempli et contient le consentement pour la participation et la nomination d'un pseudonyme, il est signé par le sujet et par l'expérimentateur.

Le protocole :

L'évaluation est proposée par le médecin en charge du patient et lorsque son état clinique le permet.

Pour NDL :

Les sujets sont proposés par les médecins qui ont donné eux-mêmes les fiches "consigne" et "signature de consentement". L'organisation et la mise en place des rendez-vous se font, par la suite avec une des deux psychologues cliniciennes du service.

Les entretiens se passent au sein de l'institution pour la plupart, dans un bureau médical mis à disposition pour l'étude. Deux passations se font au domicile des patients : ceux-ci ne sont plus hospitalisés et ont des difficultés pour se déplacer.

Pour le CHGR :

Pour la plupart, les sujets sont sollicités par les psychiatres eux-mêmes et les fiches sont données directement. Pour d'autres, les sujets sont proposés à l'étude par les psychiatres mais les contacts et les fiches sont directement effectués par l'intervenant. Les rendez-vous sont pris directement avec le patient. La passation se déroule dans une salle de consultation au sein d'une unité d'activités pour 9 patients, et pour les 3 autres à leur domicile.

La fiche "consigne" : Tableau III, 1.3

« Isabelle LE GOFF, psychologue et doctorante en psychologie, prépare une thèse sur le thème de l'angoisse.

L'intérêt de la recherche repose sur le rôle primordial de l'angoisse dans le mouvement traumatique et sur l'importance accordée à la signification de l'angoisse dans l'organisation psychique.

Vous avez vécu des expériences d'angoisse, de peur, d'anxiété latente puis envahissante, d'épisodes traumatiques...,

- Je souhaiterais que vous me parliez de vos troubles, vos ressentis, vos difficultés au quotidien ...
- Vous pourrez ainsi m'aider à analyser et préciser les mécanismes de la souffrance psychologique et de la douleur.
- Votre participation à la recherche permettra également d'améliorer la prévention et la qualité des prises en charges des troubles anxieux.

Votre identité sera masquée et l'entretien confidentiel.

Il s'agit d'un entretien et d'une passation d'un test d'évaluation émotionnelle.

L'entretien dure environ 1 H.

Acceptez-vous de participer à cet entretien? Oui Non »

Autorisation:	
CODE patient:	
 J'autorise la transmission des documents concernant l'entretien de recherche en psychologie à Isabelle LE GOFF dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat.	
En tant que psychologue, elle est soumise au secret professionnel.	
Fait à :	le
Signature:	
Signature de l'intervenant:	

1.3.2. Choix méthodologique.

Pourquoi avoir choisi un entretien semi structuré et non une méthode projective.

Le Rorschach, en effet rapporte une bonne représentation des relations d'objets, du type d'angoisse et des aménagements défensifs. Il donne une bonne évaluation :

- De la personnalité : adaptabilité, production des formations psychopathologiques, travail psychique de création.
- Sur l'interprétation des aménagements défensifs, la situation génère : des mouvements régressifs du fonctionnement psychique, un rééquilibrage des énergies "Ça – Moi – Surmoi", une percée des défenses par les pulsions refoulées.

Cependant l'entretien a l'avantage de pouvoir être construit en fonction des hypothèses émises et, s'appuie sur l'analyse du discours. L'entretien permet une mesure plus fine. L'utilisation des "données" du discours est plus malléable et les critères sont pertinents au type de recherche. De plus, l'entretien permet d'associer l'étude sur l'organisation psychique du sujet et l'étude sur la crise en elle-même.

Le déroulement :

Le protocole complet d'évaluation est en général administré en 1H et en une seule session. Il est conduit par un seul expérimentateur, identique pour toutes les passations : le psychologue de recherche.

Un seul entretien pour une évaluation "brute", sans préparation de la part du sujet afin de garder le maximum d'homogénéité entre les sujets.

L'évaluation est identique pour tous les sujets (NDL ou CHGR) : entretien semi structuré et un test (HADS).

Analyse du discours :

L'entretien est un entretien semi directif en laissant la totale liberté dans les réponses : c'est-à-dire qu'une question mal interprétée est analysée comme telle et peut avoir son importance, de même que des questions auxquelles le sujet ne répond pas ou peu. L'intérêt tient également dans la manière dont les sujets se racontent et l'enchaînement des idées.

L'entretien ne constitue pas la valeur primordiale du recueil des données mais permet l'analyse du discours. De l'analyse, nous allons extraire les données susceptibles d'étayer et de confronter les aboutissements à nos hypothèses.

L'étude des données d'interprétation donnera lieu à un classement : 1- l'extraction des aménagements défensifs dans l'organisation psychique du sujet dans ses propos sur la "crise" par le sujet, 2- la manière dont le symptôme est réinvesti dans la reconstruction/réparation de la souffrance psychique.

Ce classement va prendre en compte le moment t de la passation. Nous conviendrons par conséquent que le sujet à "une forte tendance à".

De même que ce moment t intégrera le moment transférentiel de l'entretien.

De l'analyse du discours, nous retirons :

- Le comportement, l'attitude, les mimiques, et les tendances du discours (c'est-à-dire, les focalisations du sujet pour un thème ou une préoccupation majeure, par exemple, le discours peut revenir systématiquement sur la douleur au détriment de certaines réponses).
- Le sens du discours.
- L'analyse du contenu : l'orientation et l'interprétation qui va servir pour argumenter et interpréter les données.

L'analyse du contenu est fragmentée, selon les secteurs que nous avons précisés plus haut.

De l'analyse du discours, nous allons faire émerger :

- Les processus psychologiques en jeu,
- Les modes d'organisation psychique,
- Les traumatismes.

L'analyse du discours va permettre de "produire du phénomène" et donc de construire des schémas, argumenter les résultats et non des statistiques.

1.3.3. Evaluation et instruments d'évaluation :

Rappelons que:

L'étude s'appuie sur la thèse de l'existence d'une angoisse particulière que nous nous sommes proposé d'appeler l'angoisse paroxystique.

Il existe une intensité d'angoisse (quantum d'affect d'angoisse) qui évolue et devient "insoutenable" et destructrice pour le sujet. Cette angoisse paroxystique est au service de la pulsion de mort et nous proposons d'étudier son élaboration, son pouvoir autodestructeur, et les moyens de défenses intra psychiques que le sujet, aux prises avec une désintrication pulsionnelle, met en place pour en venir à bout.

L'évaluation et le recueil des données :

Comment s'est construit l'entretien ?

Les hypothèses sont mises à l'épreuve de l'expérimentation dans la totalité de l'entretien, mais la pertinence des critères est plus spécifique à certaines hypothèses.

L'entretien se décompose comme suit:

1. Anamnèse :

→ Dégagement du type d'organisation psychique

→ Identification d'un consensus causal et du mode de fonctionnement comportemental

⇒ Permettra l'observation en rapport avec la 1ère hypothèse

2. Statut clinique du sujet et traitement

→ Emergence de la crise

3. Ressources et obstacles

4. Projets issus de la crise

⇒ Les points 3 et 4 permettront l'observation de la 3^{ème} hypothèse

→ Observation de la reconfiguration de l'aménagement défensif

5. Etat émotionnel et agir

⇒ Les points 2 et 5 Permettront l'observation de la 2ème hypothèse

Les arguments d'expérience sont basés sur l'observation et l'analyse des faits.

L'entretien sera retranscrit dans la grille d'évaluation comme suit :

De gauche à droite :

La col 1 : la thématique

La col 2 : l'entretien

La col 3 : l'analyse, l'interprétation se base sur ce que l'on cherche à relever dans les réponses

Il est suivi par la passation du test HADS

Le test HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) : Echelle du retentissement émotionnel.

Le test HADS est utilisé comme repère d'évaluation émotionnelle et permet de rendre compte de la part dépressive et de la part d'anxiété du sujet au moment de la passation.

EVALUATION		
	Rencontre: Institution Domicile	
	Nom: Age: Profession	
1. ANAMNESE		
Fratrie	Composition familiale:	Place du sujet dans la fratrie
Famille	Relations familiales	Facteurs prédisposants Résumé de la situation familiale d'origine
Ruptures	Evènements marquants -	Facteurs traumatiques
Relationnel	Scolarité:	Mode relationnel
	Répercussions pubertaires	conduites pubertaires
	Relations amoureuse:	Mode affectif
	Sociabilité:	Mode relationnel
Situation familiale:		Résumé de la situation personnelle : Sujet vit seul, en couple, en famille.. Le vécu : - Equilibre - Instabilité - Frustration - Perte - ...
Dégagement du type d'organisation psychique Des facteurs de vulnérabilités constitués par l'environnement familial Du processus psychique et des dispositions mentales = mode de fonctionnement mental		
2. STATUT CLINIQUE DU SUJET ET TRAITEMENT		
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le:	
	Motif de l'arrêt de travail:	
	Limitations fonctionnelles:	
	Traitement médical:	

	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Actuellement	Raisons de l'arrêt de maladie, de l'hospitalisation : Comment le sujet perçoit-il le soin : demande "réparation" corporelle ou psychologique ? Comment le sujet perçoit-il sa situation physique ? S'est-elle améliorée, dégradée, stabilisée, ou autre ... Quels changements perçus ?												
	Psychologique: Raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt Actuellement	Dans quel état le sujet se trouve t-il au moment de l'arrêt ? Comment le sujet se perçoit-il actuellement ?												
3. RESSOURCES ET OBSTACLES														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale) </td><td></td><td></td></tr> <tr> <td> Financières </td><td></td><td></td></tr> <tr> <td> Environne mentales </td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)			Financières			Environne mentales			Comment le sujet a-t-il fait pour se sortir de situations difficiles ? quels sont les soutiens perçus ? Comment la famille soutient-elle le sujet face à sa situation ? Avantages ou préjudices de l'hospitalisation ? Le sujet est-il isolé, quel est son mode relationnel ? En quoi l'environnement est-il porteur ? Existe-t-il des liens sociaux étoyant ?
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)														
Financières														
Environne mentales														

4. ASPIRATIONS : projets issus de la crise

	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: Problèmes économiques Alimentation, régime... Est-il suivi? Logement = Loisirs, Intérêts, Hobbies, Relations } AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi / Relations avec les collègues / Le sens du travail dans la vie / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles / Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi	Difficultés personnelles, physiques, relationnelles, professionnelles. Attitudes, conduites et personnalité. Situation et contexte au travail Comment le sujet perçoit-il ses capacités, comment se voit-il reprendre une activité professionnelle ? Où en est-il, pour lui, de sa guérison.
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme? Que désire t-il pour sa vie présente et future: Ses attentes	En quoi le sujet voit-il que le changement a eu lieu ? En quoi le sujet voit-il qu'il est sorti de sa problématique ? Répercussions de la problématique sur le fonctionnement psychique. Projets de vie

5. SITUATION EMOTIONNELLE / L'AGIR

	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: Ses inquiétudes: Sa compréhension / santé: Son histoire personnelle en fonction de "l'aujourd'hui", ses bénéfices	Etat émotionnel Attitude Conduite
	<u>Problématique</u> : / anxiété, / troubles ressentis,	
	<u>L'agir</u>: Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé	Eléments significatifs de l'agir

Auto-questionnaire HADS de Zigmond et Snaith (1983) : tableau III, 1.6

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0	
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais		0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0	
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement		0 1 2 3
	A		
	D		
	Total		

1.4. Articulations des hypothèses

1.4.1. Une hypothèse générale :

IL EXISTE UN TYPE D'ANGOISSE SPECIFIQUE QUALIFIANT LA DESORGANISATION PSYCHIQUE QUI PEUT ABOUTIR A L'AUTODESTRUCTION DU SUJET.

Cette angoisse évolue dans un mouvement quantitatif et est impulsée qualitativement par le principe de plaisir/déplaisir.

1.4.2. 1^{ère} hypothèse : le fonctionnement psychopathologique de l'angoisse paroxystique

La construction du travail de recherche autour de l'angoisse paroxystique repose sur les interrogations suivantes:

- L'angoisse paroxystique est-elle construite à partir de facteurs de vulnérabilité spécifique à l'histoire du sujet ?
- S'appuie t-elle sur un mode de défense intrapsychique particulier ?
- Est-elle significative du type d'organisation psychique ?

Une structure psychopathologique particulière pourrait émerger suite à une combinaison ou une singularité structurelle et rendre compte de la spécificité de l'angoisse paroxystique et des aménagements défensifs.

D'où découle naturellement la 1^{ère} hypothèse :

Hypothèse 1: il existe un fonctionnement psychopathologique sous-jacent spécifique du processus d'angoisse paroxystique.

1.4.3. 2^{ème} hypothèse : les mises en actes de l'angoisse paroxystique

La destructivité contenue dans l'angoisse paroxystique a orienté notre attention sur le fonctionnement psychopathologique de la crise en tant que recours à l'acte et qui incite à concevoir différents modes d'expression de l'agir et de la reconstruction psychologique.

L'agressivité de l'acte, aux travers des représentations fantasmatiques, sa progression et ses significations intrapsychiques sont multiples. Cette hypothèse découle de l'analyse du fonctionnement de l'agir qui rend compte du processus psychique mis en place.

Les observations recueillies, à partir des interrogations sur :

- Les fonctions de l'agir
- La phase pré-suicidaire : qu'apprend t-elle ? justifie t-elle une spécificité de l'acte ? appuie t-elle un effet processuel de l'angoisse.
- Après l'agir: apaisement, restructuration ou échec de résolution ?
- En interrogeant l'agir, peut-on repérer la nécessité du moment particulier de l'acte ?

Et permettront de rendre compte du mode de reconstruction élaboré par le sujet et de saisir la manière dont nous pouvons réinterroger l'acte.

Cette démarche amène à la 2^{ème} hypothèse :

Hypothèse 2: il existe un mouvement psycho dynamique particulier dans l'agir, le geste, une fuite comme tentative de réduction des tensions internes.

1.4.4. 3^{ème} hypothèse: le mode de restructuration psychique

Les affects sont fortement incorporisés : l'angoisse paroxystique provoque des réactions psychosomatiques. Les symptômes somatiques issus de l'évolution de l'angoisse signent la déliaison pulsionnelle et défaillance du Moi. La question posée est celle d'une reconstruction corporelle significativement profitable pour la réorganisation psychique.

C'est ainsi que nous pouvons poser la 3^{ème} hypothèse:

Hypothèse 3: il existe un mode de restructuration psychique élaboré par le Moi.

1.4.5. Synopsis des hypothèses

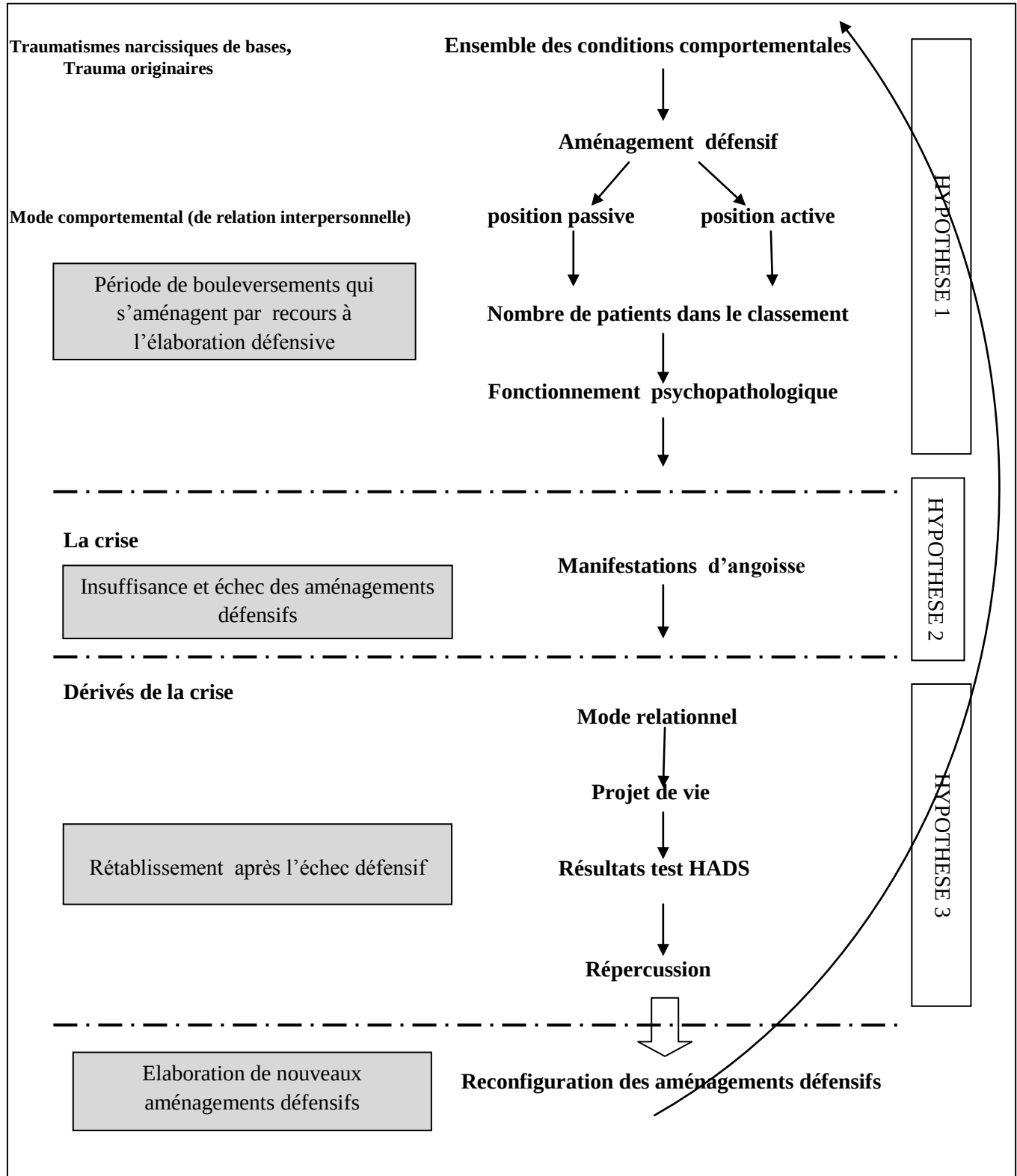
Tableaux III, 1.7

Hypothèse générale	Il existe un type d'angoisse spécifique qualifiant la désorganisation psychique qui peut aboutir à l'autodestruction du sujet.
Hypothèse 1	Il existe un fonctionnement psychopathologique sous-jacent spécifique du processus d'angoisse paroxystique.
Hypothèse 2	Il existe un mouvement psycho dynamique particulier dans l'agir, le geste, une fuite comme tentative de réduction des tensions internes.
Hypothèse 3	Il existe un mode de restructuration psychique élaboré par le Moi.

1.5. Schématisation de l'évaluation dans le dispositif :

Synopsis de l'analyse de l'entretien en corrélation avec les hypothèses :

Tableau III, 1.8



2. Exploitation des évaluations et de la modélisation

2.1 Rencontre avec la population : les effets transférentiels

2.2 Les processus psychiques

2.3 La crise : effondrements psychiques et corporels

2.4 Rappel des dérivées de la crise

2.1. Rencontre avec la population: les effets transférentiels

(Annexe 2 : Evaluations)

Les notes, lors de la passation, sont déjà prises sur les feuilles à 3 colonnes. Dans cette dernière colonne, sont notées les expressions corporelles et toute communication non verbale, de même que les temps de pause (suspend), les difficultés d'articulation ou de fluidité du discours.

Effets transférentiels

Nous tenons compte d'un entretien unique basé sur une durée approximative d'une heure, en face à face.

A NDL, le bureau de consultation d'un médecin est mis à disposition – le patient sera mis dans une même disposition que pour une consultation médicale –. Au CHGR, un bureau pour entretien individuel – non nominatif et neutre – est mis à disposition.

Au préalable : l'état d'esprit dans lequel se trouve le sujet à l'arrivée.

1- Il arrive à l'entretien dans une position de transfert positif avec le médecin référent.

Pour certains, ils répondent à la proposition du médecin pour « leur faire plaisir », par exemple Coco dira : « elle est tellement gentille, et a fait tant pour moi que je ne pouvais pas lui refuser l'entretien ». Pour d'autres, ils supposent que l'entretien permettra de répondre à un questionnaire, par exemple Abir « le psychiatre pense que cet entretien pourra m'apprendre quelque chose », Abir peut se sentir dans une "connivence intellectuelle" avec le psychiatre qui lui fait supposer qu'elle n'est pas un simple patient parmi d'autres. Pour d'autres encore, ils viennent dans un souci d'utilité altruiste²⁸⁶, par exemple Nolan : « Si je peux aider et servir à quelque chose ... c'est dans ma nature ». Il arrive à l'entretien dans une

²⁸⁶ Altruisme dans le sens de : « (...), on trouve une espèce d'altruisme qui fait que le malade ne peut plus vivre ou sentir par lui-même, et construit son expérience à partir de celle d'un *autre*, en fonction de la perception, de l'attente ou de la réaction que cet *autre* aurait dans tel ou tel... (P. NIZAN, *La Conspiration*, Gallimard, Paris, 1938, 1968, p. 100.)

bonne disposition participative, dans une satisfaction ressentie par le fait qu'il mobilise l'intérêt sur lui, « sur son cas », sur ce qui lui est arrivé – d'où un sentiment de reconnaissance particulière–.

La particularité de l'entretien à domicile: le sujet se concentre davantage sur l'intérêt qu'il suscite – intérêt plus ressenti par : l'attente que suscite la rencontre, les attentions ...– : par exemple Mars, « mon cas vous intéresse, il n'est pas cocasse ». L'entretien permet de remplir une certaine solitude, par exemple Marylène : « heureusement que j'ai mon ami, sinon je me sens profondément seule depuis que mes enfants me fuient ». L'entretien remplit un manque du cadre hospitalier, par exemple Danièle : « j'ai connu des amis durant l'hospitalisation, tout le monde s'occupait de moi », « aujourd'hui ma solitude me fait bizarre », elle "se raconte" avec beaucoup de théâtralisation. Il est plus difficile de rester dans le cadre à domicile et l'entretien a tendance à être plus long, par exemple mettre fin à l'entretien pour Mars et pour Danièle se réalise avec beaucoup de difficulté. L'importance accordée sur l'homogénéité de la population renforce la mobilisation sur une durée d'entretien à peu près équivalente.

L'attitude de l'expérimentateur avant l'entretien :

Pour faciliter le transfert dans un temps limité, une attitude rassurante est prise afin d'inciter le sujet à s'en remettre à son interlocuteur inconnu. Il s'agit de ne pas influencer le sujet mais de le mettre en confiance. Pour rendre l'entretien plus simple avec des sujets "méfiants" ou trop pressés de délivrer leur parcours qui a constitué le moment du recours à l'acte, il a été nécessaire de débiter par la partie 2 "statut clinique du sujet", avant l'anamnèse. La satisfaction du patient pour "le service rendu" par sa participation met l'expérimentateur dans une position "redevable" qui peut parfois générer une "souplesse du cadre surtout à domicile.

L'entretien :

Effet transférentiel : l'installation du transfert se réalise aisément, les questions ouvertes permettent au sujet de ne pas se sentir acculé ou contraint, et quelques relances, de se sentir compris. Parfois, un retour systématique sur des faits, des sensations ou des traumatismes rend plus difficile l'accès aux autres questions. La manière dont ils donnent vie à leur discours : avec détachement (Bleu), avec mise en scène (Béatrice), ou la manière dont ils revivent la ou les scènes : montée d'affect (Patrick), difficultés d'exprimer ou approfondir le vécu.

La fin d'entretien montre qu'il est réalisé : la plupart des sujets remercie pour l'entretien en ressentant un bénéfice, un approfondissement ou une décharge. Fréquemment, le sujet demande si son médecin référent peut avoir connaissance de l'entretien.

Effet contre-transférentiel : l'intérêt recherché active une attention plus particulière sur la l'étude du positionnement du sujet vers une attitude passive ou active, sur une orientation des faits qui vient corroborer une attente. Une vigilance est mise en place pour ne pas exprimer cette satisfaction, autant que celle de ne pas prendre une position thérapeutique qui ferait dévier du cadre établi.

Les réitérations sont utilisées afin que le sujet sente l'intérêt et la compréhension de ses propos et qu'elles l'encouragent à poursuivre et à se dévoiler en toute confiance. Le contre-transfert donne sens à l'interprétation et au cadre prédéfini : observation sur ce qui peut surgir et relever d'un comportement passif ou actif, révélateur (même dans les ressentis) de l'appartenance à un des groupes. Notamment être surpris lors de la mise au propre des notes de la transformation dans la retranscription – parfois plus long, ou sentiment de besoin de rajouter quelque chose pour redonner toute la teneur ressentie lors de l'entretien –, transformation corrigée mais dont nous pouvons tenir compte.

Le transfert va donc condenser et rassembler les différentes variations d'un processus propre à l'entretien : nous devons convenir qu'il s'agit bien de repérer "une tendance" du sujet à ce moment précis. La valeur signifiante relève du recueil d'un maximum d'information sur un moment qui met en exergue des représentations, des affects, des organisations fantasmatiques.

A partir du transfert et du contre-transfert réalisés, l'entretien peut alors donner lieu à l'interprétation et permettre de se représenter un profil du sujet.

L'utilisation de l'interprétation et de l'analyse de l'entretien. Des tendances émergent qui permettent de placer chacun des sujets dans les groupes (sauf un sujet : Jojo) et montrer ainsi leur cohérence.

Chacun des éléments recueillis révélateurs des points discutés (chapitres suivants), seront repris et replacés dans le contexte. Les cas viennent illustrer nos interprétations théoriques et ne découlent pas de ces derniers.

2.2. Les processus psychiques

Les traumatismes de base seront classés à partir des facteurs de vulnérabilité décelés dans l'anamnèse d'où découlera le mode de fonctionnement comportemental.

Les facteurs de vulnérabilité

Les facteurs de vulnérabilité regroupent les facteurs spécifiques sous-tendant le mode de fonctionnement comportemental. Les facteurs de vulnérabilité proviennent des facteurs de prédisposition : enfance, environnement familial et personnalité. Il s'agit d'événements relatés dans l'anamnèse, ou évoqués lors de l'analyse de la situation clinique. La vulnérabilité s'oppose à la capacité de résilience, elle empêche le dépassement des traumatismes.

Lorsque l'environnement familial prédispose à une insécurité qui domine le tableau, « **l'insécurité** » indiquera l'ensemble des conditions représentant le facteur de vulnérabilité majeur.

Lorsque l'environnement familial prédispose à une revendication qui domine le tableau, « **la revendication** » indiquera l'ensemble des conditions représentant le facteur de vulnérabilité majeur.

Lorsque l'environnement familial prédispose au sentiment de culpabilité inconscient et à la perte de confiance, l'ensemble des conditions sera indiqué par « la **culpabilité** ».

Lorsque l'environnement familial prédispose à l'insatisfaction et au sentiment de rejet et de "perte d'amour" (être déprivé), l'ensemble des conditions sera indiqué par la « **déprivation** ».

Nous entendons par "ensemble des conditions", l'intégration et l'interpénétration de tous les aspects, activités, manifestations de la réalité reflétant l'élaboration des aménagements défensifs. Il s'agit d'un consensus permettant la réalisation d'une première classification en fonction du facteur de vulnérabilité. Les critères que nous avons relevés émergent de la 1^{ère} partie de notre étude et sont approfondis au cours de la 2^{ème} partie : sentiment d'insécurité et sentiment de culpabilité (chap2) sont des facteurs particulièrement présents dans un tableau névrotique alors que celui de revendication découle plus facilement de l'emprise (chap 3) et la déprivation est plus révélatrice d'une problématique narcissique (défaillances narcissiques : chap 3).

Nous pouvons privilégier les critères caractéristiques suivants, comme moyens de classification.

Critères caractéristiques pour l'identification d'un consensus et d'un mode comportemental selon les processus psychologiques des groupes.
Tableau III, 1.9 :

	GROUPE 1 INSECURITE	GROUPE 2 REVDICATION	GROUPE 3 CULPABILITE	GROUPE 4 DEPRIVATION
Identification d'un ensemble de conditions contribuant à l'élaboration des aménagements défensifs	Attachement affectif : dépendance Syndrome d'abandon Mère dépressive, et/ou absente, anxieuse Père absent Père autoritaire Climat familial insécurisant, conflictuel Perte d'un proche	Conflictualité dépendance/ processus de dégagement Difficulté du processus séparation/individuation Mère hyperprotectrice Rigidité éducationnelle Jalousie et possessivité	Emprise Syndrome d'abandon Mère dépressive, et/ou hyperprotectrice, anxieuse Père absent, agressif Idéalisation, fusion paternelle	Faillite narcissique primaire Carence affective Rigidité éducationnelle Dévalorisation Ambivalence Environnement familial défaillant
Modes comportementaux : Retentissements comportementaux	Sentiment difficulté vie Attente passive et/ou anxieuse Inhibition Isolation Crainte d'être délaissé	Sentiment de culpabilité/ désir de mort de l'objet Sentiment d'injustice Instinct agressif de fuite Bouderie Instinct revendicatif	Un sentiment d'impuissance (face à la réalité extérieure, à l'Autre) Perte confiance Retrait Soumission Punition (dette par le corps = tendance somatisation) Lutte entre identification et désir du père et la terreur	Sentiment de dévalorisation Doute Lutte Sentiment d'incompréhension Recherche valorisation Idéal du moi intransigeant Exigence sociale importante opposition

2.3. La crise: l'effondrement psychique et corporel actuel

Les phénomènes d'actualisation, c'est-à-dire, la partie 2 et 4 de l'évaluation : "statut clinique du sujet et traitement", "situation émotionnelle par rapport à l'agir" permettront l'observation du « recours à l'acte ».

Les différentes manifestations d'angoisse relevées lors de l'analyse du discours des sujets peuvent être classées de cette manière :

Les différentes manifestations d'angoisse relevées: Tableau III, 1-10

Angoisse et causalité ²⁸⁷	Trouble Panique (TP) et dérivés	Comportements et effets Attitudes
Angoisse séparation Angoisse réactionnelle Angoisse de perte Ambivalence angoisse d'implosion et de vide Angoisse solitude Angoisse de rejet Angoisse de morcellement Angoisse de destruction Angoisse de vide Angoisse d'effacement Angoisse existentielle Angoisse pour l'avenir Angoisse de mort	Anxiété généralisée TP Hypocondrie Déréalisation Dépersonnalisation Irréalisation Anxiété anticipatoire	Ordalie addictions Tensions insurmontables, agressivité/violence Débordement par accumulation Perte contrôle Déchéance Idéations suicidaires Menace d'effondrement Effondrement corporel Effondrement psychique Impuissance Epuisement psychique (neurasthénie) Anéantisement Désintrication Dénégation, Alexithymie Dévalorisation Toute puissance Contrainte/fuite Fatalisme Recherche de sensation Scarification

²⁸⁷ Cf tableau I,1-2, p98

Un certain consensus apparait dans les manifestations de l'angoisse, quelque soit le type d'organisation psychique. Ceci permet d'avancer que ce sont les mises en actes, les mécanismes que les sujets mettent en place pour essayer de se dégager d'une souffrance devenue insupportable qui diffèrent.

Cette angoisse qui menace l'homéostasie du sujet, désintègre, anéantit, représente t-elle l'angoisse paroxystique ?

2.4. Rappel des dérivées de la crise

Nous avons établi une échelle pour les évaluations du mode relationnel, de la projection et nous avons utilisé le test HADS afin de préciser les tendances anxieuses et dépressives du sujet au moment de la passation. L'exploitation de l'observation du mode relationnel est importante : la vie sociale constitue le support des réalisations narcissiques. Les observations des 3^{ème} et 4^{ème} étapes de l'évaluation, dans « les aspirations : issues de la crise » ainsi qu'au test HADS, sont classées sous forme de tableau :

Les modes relationnels et projets issus de la crise: Tableau III, 1.11 :

(Cf partie II, chap 4, tableau II, 4.6, p 227 et tableau II, 4.7, p 228)

Mode relationnel	Pauvre	Relation superficielle	Relation durable	Sociable	Cherche valorisation, Etre reconnu	Besoin être entouré	Besoin très entouré (avidité)
Projets issus de la crise	Aucun	Insuffisants	Difficiles	Un peu (retour au même)	Constructifs	Inspirés	Sublimés

L'interprétation des résultats du test HADS :

Les scores des items « anxiété » et des items « dépression » sont additionnés entre eux.

Le score maximum pour les items "anxiété": 21 et "dépression" : 21

Echelle du test :

7 ou moins : absence de symptomatologie

8 à 10 : symptomatologie douteuse

11 et plus : symptomatologie certaine

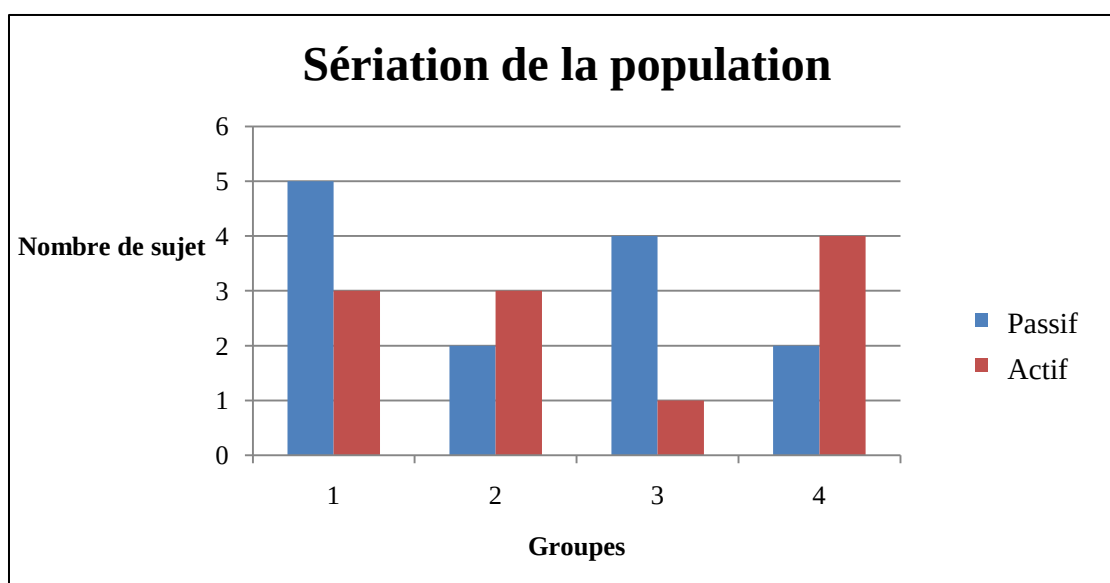
3. Classification :

3.1 Sériation des sujets selon les groupes de la modélisation

3.2 Classification des sujets dans les groupes de la modélisation

3.1. Sériation des sujets selon les groupes de la modélisation

Sériation de la population: Tableau III,1-12



3.2. Répartition des sujets de l'expérimentation selon les groupes de la modélisation

Les tableaux de résultats sont construits en tenant compte des groupes élaborés afin d'en faciliter l'analyse et voir s'il existe des cohérences ou non avec la modélisation.

L'interprétation des résultats laisse apparaître des traits intéressants et caractéristiques de chaque groupe.

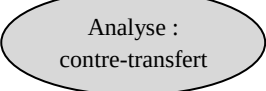
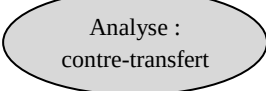
Nous suivons le synopsis de l'analyse de l'entretien et les tableaux sont remplis selon les profils dégagés et schématisés lors de la modélisation expérimentale (partie II, chap 4, p 226) puis les tableaux des dérivées de la crise (partie II, chap 4-3, p228) seront confrontés à l'expérimentation.

3.2.1. Groupe 1

Répartition des sujets dans le groupe 1: Tableau III, 1-13 :

Type d'organisation psychique	VICTIMISATION	
Processus psychique : Le représentant de vulnérabilité majeure	INSECURITE	
Dispositif mental : aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	RESIGNATION	REITERATION
Sujet	Mars Bleu	Nicolas Nolan Anne-Marie
	Florian Geneviève Jérôme	

Tableaux descriptifs des sujets du groupe 1 : tableaux III, 1-14

MARS	VICTIMISATION	
INSECURITE 	Syndrome d'abandon Père inexistant (mort tôt) Dislocation fratrie (12 enfants dispersés dans familles d'accueil) Secret de famille =évènement traumatique, injustice, trauma répétitif de perte	
Aménagement défensif 	Attitude passive	Attitude active
	RESIGNATION <i>Difficulté vie, soumission, sentiment d'injustice</i> <i>Position de victime</i> <i>Dépendance alcool</i>	REITERATION
La crise 	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Angoisse avenir, angoisse perdre son travail, inquiétude pour le lendemain, angoisse limitation, peur de ne pas pouvoir reprendre une activité professionnelle (ennui), inquiétudes corporelles	Insécurité pour l'avenir, Angoisse corporelle (désintringation) Menace d'effondrement

BLEU	VICTIMISATION	
Insécurité	Mère absente Père dur et autoritaire Carence affective Famille nombreuse (8)	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	RESIGNATION <i>Dénégation</i> <i>Résignation</i> <i>Replis et inhibition</i> <i>Isolation</i> <i>Alexithymie</i>	REITERATION
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	(Verbalisation difficile) Anxieuse, stressée, pessimisme, angoisse montante	Effondrement corporel Dénégation Fataliste Alexithymie ou mutisme traumatique?

FLORIAN	VICTIMISATION	
Insécurité	Mère anxieuse et hyperprotectrice Ambivalence souplesse et rigidité Père autoritaire et violent (décès tôt)	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	RESIGNATION <i>Timide et retrait</i> <i>Sentiment d'injustice</i> <i>Sentiment difficulté de la vie</i> <i>Isolation</i> <i>Alcoolisme massif le WE</i>	REITERATION
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestation d'angoisse
	Enfant angoissé arrivé le WE, il a peur de s'attacher et de souffrir, crise d'angoisse fréquente/ sans raison, crises d'angoisse tous les matins, angoisse encore plus le soir, peur de mourir la nuit, TS médicamenteuse, inquiet, angoissé, solitude/ ennui : sensation de vide autour de lui, peur que crises angoisses reviennent, toujours de l'angoisse en moi, j'appréhende toujours, perte contrôle,	Angoisse de perte Angoisse de mort TP Angoisse solitude, vide Dépersonnalisation (recours à l'acte)

	insupportable, dépersonnalisation dans le recours à l'acte	

GENEVIEVE	VICTIMISATION	
Insécurité	Mère présente, pas démonstrative Père plus absent, coléreux Peur, rétention Pas communication Pension Décès père qd 15 ans	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	RESIGNATION <i>Inhibition</i> <i>Attente anxieuse</i> <i>Dénégation</i> <i>Hypocondrie</i>	REITERATION
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Peur pour F&S, peur mère se remarie, mort mère : plus personne/ le vide/ plus de parents, crise d'angoisse, panique, TP (détails symptômes, sensorialité), impression allait tomber, la panique lui crée un vide/ un blanc/ plus rien, tout le temps peur pour enfants et petits enfants, peur microbes, peur maladie, crises d'angoisse et douleurs, somatisation, douleurs et anxiété intenses, idéations suicidaires, plus dormir/plus manger/ perte poids/ mourir, peur perdre la mémoire, déménagement trop tracas (dramatisation), inquiète, anticipation anxieuse, trop anxieuse/ fragilité corporelle, angoisse / douleurs chroniques	Angoisse de perte TP, Hypocondrie Effondrement corporel et psychique Irréalisation Anxiété généralisée Angoisse de mort Anéantissement Anxiété anticipatoire

JEROME	VICTIMISATION	
INSECURITE	Mère Hyperprotectrice Autorité paternelle Père présent « rien de bien, rien de mal »	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	RESIGNATION <i>Alexithymie</i> <i>Dépendance affective</i> <i>Sentiment d'injustice</i> <i>Inhibition</i> <i>Crainte d'être délaissé</i>	REITERATION
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Non gestion séparation, dénégaration, épuisement, trop fatigué, ne dort plus, pas supporté décision amie, toujours cogité trop, pas apaisé mais attend Angoisse pour l'avenir de son couple, toujours été très anxieux	Angoisse séparation/abandon Epuisement psychique Angoisse perte Dénégaration, Effondrement psychique Alexithymie Angoisse avenir

NICOLAS	VICTIMISATION	
INSECURITE	Pulsion d'attachement, Syndrome d'abandon, Absence père Recherche démonstration affective, cherche à combler le manque maternel	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	RESIGNATION	REPETITION <i>Recherche accumulation de bien matériel (comme père=répétition)</i> <i>Résignation</i> <i>Angoisse de perte</i> <i>Attente anxieuse</i> <i>Position de victime</i>
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Malléable de peur de perdre l'autre, angoisse de perte, rejet : angoisse de perte, angoisse pour l'avenir, pas bien/angoisse/ souvent envie de pleurer, angoisse/ mal être/ ne sait plus quoi	Angoisse perte Angoisse pour l'avenir Angoisse perte insurmontable:TS

	faire : TS(3 ^{ème}). /agir : sensation de vide, angoisse profonde quand vécu ce vide existentiel : pas d'autre solution	Angoisse de vide

NOLAN	VICTIMISATION	
INSECURITE	Père dépressif, absent Eloignement familial Conflit familial fréquent Ambivalence : emprise et rejet Manque maternel Insécurité	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	RESIGNATION	REPETITION <i>Comportement ordalique</i> <i>Sentiment difficulté de la vie</i> <i>Attente passive</i> <i>Isolation</i> <i>Peur ne pas être aimé</i> <i>Dépendance alcool</i>
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Conduite ordalique Angoisse de perte parentale (angoisse pour eux et pour lui (perte)), supériorité sur la mort : plus d'angoisse, peur solitude, peur croiser gens dans la rue, peur de tomber, (crainte de l'effondrement), son angoisse : tomber (ne peut pas se lever seul), a jugulé l'angoisse de mort en la "reconnaissant", plus de peur (du métro par ex), peut sortir sans angoisse/alcool, solitude pèse (angoisse de vide), inquiétudes : rester seul.	Ordalie Angoisse de perte et de sa perte anéantissement Menace d'effondrement Angoisse de mort Angoisse solitude

ANNE-MARIE	VICTIMISATION	
Insécurité	Mère hyperprotectrice Père très sévère, pas démonstratif, rigidité éducationnelle Silence familial, chantage affectif (frère), insécurité Cherche valorisation (fratrie 7), cherche une place	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	RESIGNATION	REPETITION <i>Hypervigilance</i> <i>Sentiment d'injustice,</i> <i>Recherche valorisation et reconnaissance</i> <i>Fierté de ne dépendre de personne,</i> <i>Exigence sociale</i>
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Angoisse de mort, effondrement corporelle : devient fragile, peur de l'opération, les enfants ont peur « tu ne vas pas mourir », angoisse que ça recommence, et si cette fois je ne me réveillais pas, « aux frontières de la mort » : NDE , angoisse de vide, angoisse de perte, le noir/ le vide/ lutte pour ne pas aller vers la mort, cauchemars, énormément stressée avant, moins inquiète, angoisse répétition	Angoisse de mort Effondrement corporel Angoisse de perte Angoisse répétition (trauma) Angoisse traumatique (debriefing)

Les dérivées de la crise pour le groupe 1: Tableau III, 1-15

Mode relationnel		Pauvre	Relation superficielle	Relation durable	Sociable	Cherche valorisation, Etre reconnu	Besoin être entouré	Besoin très entouré (avidité)
Résignation	Mars		X		X		X	
Bleu		X		X				
Florian		X		X		X	X	
Geneviève				X			X	
Jérôme				X			X	
réitération	Nicolas		X		X			X
Nolan				X	X		X	
Anne-Marie			X		X	X		X

Projets issus de la crise		Aucun	Insuffisants	Difficiles	Un peu (retour au même)	Constructifs	Inspirés	Sublimés
Résignation	Mars				X			
Bleu		X	X					
Florian			X			X		
Geneviève				X				
Jérôme					X	X		
réitération	Nicolas			X	X			
Nolan						X		
Anne-Marie						X		

Le groupe 1 privilégie les relations durables, ils ont besoin d'être entouré, à cela s'ajoute la sociabilité pour le sous-groupe actif (répétition). Les aspirations sont essentiellement tournées vers une vie plus saine, conduite par de bonnes résolutions, le sous-groupe "passif" est freiné par le fatalisme ou la passivité.

Confrontation tableau II, 4.8, p 230

Les relations et les projections des groupes passifs et actifs correspondent à la proposition.

Tableau des résultats de l'auto-questionnaire HADS du groupe 1 : Tableau III, 1-16

HADS / Groupe 1		Anxiété	Dépression	Total
Résignation	Mars	12	11	23
Bleu		16	7	33
Florian		10	3	13
Geneviève		16	11	27
Jérôme		15	9	24
réitération	Nicolas	12	9	21
Nolan		12	4	16
Anne-Marie		10	4	14

Ce groupe 1 est celui qui montre le plus d'anxiété au moment de l'entretien : 70%. Ils sont nombreux à rester dans une position d'attente anxieuse concernant leur devenir.

L'anxiété est significative d'une "symptomatologie certaine" (≥ 11) et on peut considérer une "symptomatologie dépressive douteuse" (8 à 10) pour 50% et "absence de symptomatologie" dépressive pour les autres.

3.2.2. Groupe 2

Répartition des sujets dans le groupe 2 : Tableau III, 1-17

Type d'organisation psychique	DESTRUCTIVITE	
Processus psychique : Le représentant de vulnérabilité majeure	REVENDEICATION	
Dispositif mental : aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	ISOLEMENT	CONFRONTATION
Sujet	Didier Danièle	Nono
		Christophe Hervé

Tableaux descriptifs des sujets du groupe 2 : Tableaux III, 1-18

Didier	DESTRUCTIVITE	
REVENDEICATION	Mère hyperprotectrice, fusionnelle Pulsion d'attachement et emprise : conflictualité dépendance et processus de dégagement Difficulté processus séparation/individuation Père absent	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	ISOLEMENT <i>Isolement</i> <i>Impuissance # conduite à risque</i> <i>Ambivalence</i> <i>Conduite à risque : conduite en état d'ivresse, vitesse excessive : fuite</i> <i>Dépendance à l'alcool</i> <i>Soumission</i> <i>Recherche affective</i>	CONFRONTATION

La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Conduite à risque, parfois anxieux Prise d'alcool pour apaiser et gagner confiance, perception de vide, avant, oui, j'étais un nerveux	Ordalie Vide Dépassement anxiété

Danièle	DESTRUCTIVITE	
Revendication	Mère dépressive, emprise. Pulsion d'attachement Syndrome d'abandon Père présent, image du père dévalorisée. Recherche maternelle ++ , dégagement impossible Femme battue	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	ISOLEMENT <i>Sentiment difficulté de la vie, injustice</i> <i>Victimisation dans un sentiment de persécution</i> <i>Crainte d'être délaissée</i> <i>Angoisse de perte</i> <i>« bouderie » : retrait pour interpeler l'autre.</i> <i>Inhibition</i>	CONFRONTATION
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Décès mère : sentiment de vide/ d'anéantissement/ jamais refait surface, plus d'intérêt à vivre, angoisse à vomir, seule : l'angoisse montait, avait peur que son mari rentre, traumatisme de la violence, a toujours peur, TS : jetée sous TGV, angoisse très forte, angoisse tellement forte le soir, toujours bouffée d'angoisse, cauchemars, espère plus avoir d'angoisse, peur de sa fille, solitude subie, soir éveille l'angoisse, isolement/ peur perte affective, angoisse profonde	Angoisse de perte Anéantissement Angoisse vide, solitude Idéations suicidaires

NONO	DESTRUCTIVITE	
REVENDEICATION	Mère hyperprotectrice, pulsion d'attachement, pulsion d'emprise « couple mère-fils » Père absent et agressif Autorité rigide Opposition/désir	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	ISOLEMENT	CONFRONTATION <i>Comportement de fuite</i> <i>Répétition traumatique</i> <i>Perte confiance</i> <i>Autopunition</i> ⇒ <i>Mort de l'autre comme</i> <i>« arrachement » et injustice</i> <i>Ambivalence retrait - toute puissance</i> <i>(compt risque)</i> <i>Dépendance alcool</i>
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Oppression, angoisse de perte, sentiment de vide, effondrement de l'estime de soi et vacillement de la représentation identitaire, plus intolérant, plus inquiet, angoisse le matin et le soir surtout, vide, plus de construction, ne supporte pas la solitude, la mort rôde, autodestruction	Angoisse de perte Angoisse de vide Menace d'effondrement Angoisse pour l'avenir Angoisse solitude Angoisse de mort

CHRISTOPHE	DESTRUCTIVITE	
REVENDEICATION	Père stricte, fort, courageux et intelligent Mère directive, présente, pas démonstrative Sentiment de dévalorisation /F&S Impossible détachement familial Obsessions et sentiment de persécution	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	ISOLEMENT	CONFRONTATION <i>Syndrome de supériorité. Exigent.</i> <i>Cherche notoriété</i> <i>Recherche valorisation et reconnaissance parents.</i> <i>Dépendance affective</i> <i>Addicte au sport</i> <i>Insatisfaction</i>

La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Impression de ne jamais être à la hauteur, sentiment d'injustice, d'impuissance, recherche de reconnaissance par réussite sportive. Externalise les causes de ses échecs. Fortes somatisations qui deviennent les causes d'échec et les raisons de demande d'écoute et de compréhension envers sa famille. Rempli de doute et confus, n'arrive pas à véritablement s'insérer dans une profession pourtant valorisante à ses yeux : confusion et mise en échec	Angoisse de perte Angoisse de mort TP Hypocondrie Angoisse avenir Effondrement psychique et corporel

HERVE	Destructivité	
REVENDEICATION	Mère autoritaire, hyperprotectrice (sclérosante) Père absent, soumis Honte, frustration Fuite du contexte familial	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	ISOLEMENT	CONFRONTATION <i>Ambivalence soumission/besoin de dominer</i> <i>Dépendance affective</i> <i>Revendication</i> <i>Exigence sociale,</i> <i>Révolte</i>
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Toujours anxieux, impression que quelque chose débordait, envie de tout casser, pression qui montait, frustré, frustration devient débordante, frustration au travail, seul, tu m'as laissé seul, observateur de "sa crise", peur de ne pas se contenir, envie de tout casser, torturé par le doute, contrainte corporelle, épuisement, fragile/ peur pas être capable, angoisse face à l'engagement, débordement, trop de tension, énervement incontrôlable, envie de tout casser, de crier, stress, épuisement	Débordement par accumulation, Perte contrôle Angoisse solitude Tensions insurmontables (ambivalences) Anéantissement Dépersonnalisation Effondrement psychique

- **Les dérivées de la crise pour le groupe 2 : Tableau II, 1-19**

Mode relationnel		Pauvre	Relation superficielle	Relation durable	Sociable	Cherche valorisation, Etre reconnu	Besoin être entouré	Besoin très entouré (avidité)
Isolement	Didier		X		X			X
Danièle		X					X	
Confrontation	Nono		X		X			X
Christophe		X	X			X		
Hervé		X				X		
Projets issus de la crise		Aucun	Insuffisants Contrainte (+C)	Difficiles	Un peu (retour au même)	Constructifs	Inspirés	Sublimés
Isolement	Didier					X	X	
Danièle			X			X		
Confrontation	Nono			X	X			
Christophe			X (+C)				X	X
Hervé			X (+C)			X		

Dans ce groupe, l'ambivalence se constate également dans le mode relationnel, ce qui peut expliquer l'absence de relation durable. Dans la confrontation, le sujet va chercher la reconnaissance et la recherche de valorisation.

La distinction est plus importante que celle que l'on attendait : plus de sociabilité et plus de besoin d'être entouré.

Nous avons ajouté dans le tableau la « contrainte » qui marque les aspirations contraintes pour des sujets de ce groupe. Les sujets ne se sentent pas libérés de manière aussi significative à l'issue de la crise que ce qui était attendu.

Tableau des résultats de l'auto-questionnaire HADS du groupe 2 : Tableau III, 1-20

HADS / Groupe 2		Anxiété	Dépression	Total
Isolement	Didier	7	6	13
Danièle		15	7	22
Confrontation	Nono	6	7	13
Christophe		12	12	24
Hervé		5	11	16

Les résultats dispersés montrent la confusion de ce groupe pour la résolution par le recours à l'acte.

Pour 3/5, l'anxiété n'est pas significative d'une symptomatologie anxieuse (≤ 7), tandis que pour les 2 autres, elle est fortement significative (≥ 11). Même chose pour la dépression : non significative pour 3 et symptomatologie certaine pour les 2 autres.

3.2.3. Groupe 3

Répartition des sujets dans le groupe 3: Tableau III, 1-21

Type d'organisation psychique	EFFONDREMENT PSYCHOSOMATIQUE	
Processus psychique : Le représentant de vulnérabilité majeure	CULPABILITE	
Dispositif mental : aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	AUTOPUNITION	REVOLTE
Sujet	Loïck	
	Marylène	Béatrice
	Patrick	
	Marie	

Tableaux descriptifs des sujets du groupe 3 : Tableaux III, 1-22

LOÏCK	EFFONDREMENT PSYCHOSOMATIQUE	
CULPABILITE	Carence affective parentale (fusion fratrie), Manque communication. Traumatismes de perte	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	AUTOPUNITION <i>Culpabilité</i> <i>Dette psychologique (« tué son ami dans accident de voiture »)</i> <i>Ambivalence : timide et casse-cou (conduite à risque)</i> <i>Pas confiance</i> <i>Besoin être rassuré</i> <i>Revendication</i> <i>Dépendance alcool</i>	REVOLTE

La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Conduite à risque, comme quelqu'un de vieux, anxiété généralisée, vérification dramatisation/ tout prend de l'ampleur, angoisse reprise professionnelle / mémoire, anxiété présente, quelque chose qui échappe (zones mortes)	Ordalie (de plus en plus dangereuse) Déchéance, anéantissement Anxiété généralisée Névrose de contrainte (vérification)

MARYLENE	EFFONDREMENT PSYCHOSOMATIQUE	
CULPABILITE	Fusion père, père idéalisé Relation conflictuelle avec sa mère Timide Dévalorisation Retrait	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	AUTOPUNITION <i>Soumission</i> <i>Culpabilité</i> <i>Pas confiance, dévalorisation</i> <i>Impuissance</i> <i>Retrait</i>	REVOLTE
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Sentiment de vide, angoisse de perte (enfants), inquiétude solitude, anxiété qui prend dans la poitrine, TS médicamenteuse, très mal : un grand trou noir, sentiment de vide, même plus de l'angoisse : un profond vide	Vide Angoisse de perte Angoisse solitude Angoisse de vide

PATRICK	EFFONDREMENT PSYCHOSOMATIQUE	
CULPABILITE	Mère dure (par la vie) Emprise mère forte Père "courageux" Peu communication Tout axé sur le travail	

	Attitude passive	Attitude active
Aménagement défensif	AUTOPUNITION <i>Soumission</i> <i>Impuissance</i> <i>Dettes psychologiques</i> <i>Injustice</i>	REVOLTE
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Angoisse quand séparation : sombrer dans la fête, peur hiérarchie, maladie incurable : replis sur soi/ angoisse, peur de tout, peur avenir, angoisse de souffrir, angoisse permanente pour maladie, autodestruction : arrête soin pour mourir plus vite, vie intolérable, fin de vie amis même maladie dans grande souffrance : angoisse, fait de plus en plus le vide et ne supporte pas solitude, angoisse démesurée : prenait cachet pour ne plus être angoissé et pour dormir, ne plus vouloir vivre cette angoisse là, TS, désespéré après consultation spécialiste : décision pas rentrer mais TS/ ne savait plus où il était/ rencontre un ami et s'évanouit : hospitalisation, plus apaisé lors hospitalisation, inquiet pour son devenir, hypervigilance pour maintien éveil, amaigrissement, épuisement, hypertension, inquiétude permanente.	Angoisse perte Angoisse de mort Angoisse pour avenir Angoisse vide, solitude Anéantissement Déréalisation Dépersonnalisation Effondrement psychique et corporel

MARIE	EFFONDREMENT PSYCHOSOMATIQUE	
CULPABILITE	Proche père, idéalisation Mère présente, anxieuse, hyperprotectrice Syndrome d'abandon Emprise maternelle	
	Attitude passive	Attitude active
Aménagement défensif	AUTOPUNITION <i>Pas confiance</i> <i>Impuissante</i> <i>Angoisse de perte</i> <i>Retrait</i>	REVOLTE

La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Types d'angoisse
	Descriptions mort et accident entourage : angoisse, hypertension/ fatigue : trop fait, idées noires, confusion maladies entourages et son état : angoisse de la maladie, angoisse cancer, voyait que c'était déjà la fin (mort), se voyait partir/ pensait à la mort (recommandation pour ses enfants), hantise se coucher et pas se réveiller : angoisse, forte pour résister pas TS, incompréhension mari : maladie qui ne se voit pas	Angoisse perte Angoisse de mort TP Hypocondrie Effondrement psychique Idéations suicidaires Anéantissement,

BEATRICE	EFFONDREMENT PSYCHOSOMATIQUE	
CULPABILITE	Mère absente Père idéalisé Cherche valorisation paternelle, soumise Abandon du père Traumas violents familiaux	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	AUTOPUNITION	REVOLTE <i>Culpabilité</i> <i>Cherche valorisation</i> <i>Répétition traumas</i> <i>Frustration</i> <i>Injustice</i>
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Effondrement départ père, vide, angoisse du vide, peur de vieillir seule quand elle a pris conscience du vide dans sa vie, épuisement psychologique, nœuds au ventre, fatigue/ lassitude, douleurs corporelles diffuses, crises d'angoisse, crise d'angoisse, crainte perdre maison, accumulation épuisement et d'anxiété par anticipation, dramatisation et réactivité, appréhende reprise, effondrement par épuisement, hors hôpital resurgissement des angoisses, angoisse toujours forte, hyperémotivité, inquiète pour l'avenir	Angoisse de perte Angoisse du vide, de la solitude Effondrement psychique, effondrement corporel Angoisse panique Angoisse avenir Anxiété anticipatoire Anxiété généralisée Anéantissement

- **Les dérivées de la crise pour le groupe 3 : Tableau III, 1-23**

Mode relationnel		Pauvre	Relation superficielle	Relation durable	Sociable	Cherche valorisation, Etre reconnu	Besoin être entouré	Besoin très entouré (avidité)
Autopunition	Loïc		X	X	X			
Marylène		X						
Patrick		Aujourd'hui	X			X	X	
Marie			X		X		X	
révolte								
Béatrice		X			X	X		
Projets issus de la crise		Aucun	Insuffisants	Difficiles	Un peu (retour au même)	Constructifs	Inspirés	Sublimés
Autopunition	Loïc					X		
Marylène			X		X			
Patrick		X	X	X				
Marie					X	X		
Révolte								
Béatrice				X		X		

La sociabilité et les relations superficielles sont des modes plus significatifs dans ce groupe. Ces résultats correspondent à nos attentes. Par contre ils sont moins nombreux à attendre la valorisation. Les projections sont assez « normées » (pas dans les réponses limites comme nous le prévoyions mais nous n'avons pu placer que Béatrice en active), les bonnes intentions pour une vie saine ("constructifs") sont choisies pour la majorité. L'incurabilité de la maladie de Patrick peut expliquer son pessimisme.

Tableau des résultats de l'auto-questionnaire HADS du groupe 3 : Tableau III, 1-24

HADS / Groupe 3		Anxiété	Dépression	Total
Autopunition	Loïc	9	8	17
Didier		7	6	13
Marylène		9	7	16
Patrick		13	12	25
Marie		8	6	14
Révolte	Béatrice	18	17	35

Les sujets du 3^{ème} groupe exposent un score assez équivalent entre anxiété et dépression.

Béatrice montre un score assez élevé, l'exploration et l'analyse de l'entretien décrira, de fait, une insatisfaction de son désir et des difficultés qui restent massives laissant craindre une répétition.

4 sujets sur 6 montrent une "symptomatologie douteuse" (8 à 10) et les 2 autres une "symptomatologie certaine" tant pour l'anxiété que pour la dépression.

3.2.4. Groupe 4 :

Répartition des sujets dans le groupe 4: Tableau III, 1-25

Type d'organisation psychique	INTERIORISATION DE LA HONTE	
Processus psychique : Le représentant de vulnérabilité majeure	DEPRIVATION	
Dispositif mental : aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	DEVALORISATION	ACTIVITE
Sujet	Gurvan	Sylvie
		Coco
		Guy
	Emilie	Abir

Tableaux descriptifs des sujets du groupe 4 : Tableaux III, 1-26

GURVAN	INTERIORISATION DE LA HONTE	
DEPRIVATION	Instabilité : affection et autorité rigide (pas le droit à la parole) Perte père : trauma deuil "familial" Quête de valorisation, exigence. Retrait	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	DEVALORISATION <i>Sentiment inférieur / famille</i> <i>Dévalorisation</i> <i>Recherche valorisation</i> <i>Exigence sociale</i>	ACTIVITE

La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Angoisse corporelle : angoisse quand perte sensation jambe, ne pouvait plus parler, angoisse de savoir s'il va remarcher un jour, peur de la mort, fatalité	Angoisse de mort effondrement corporel

EMILIE	INTERIORISATION DE LA HONTE	
DEPRIVATION	Carence affective Parents peu présents Plus proche père Conflictuel avec mère Syndrome d'abandon Recherche combler manque affection Rejet famille	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	DEVALORISATION <i>Alexithymie</i> <i>Dépendance affective</i> <i>Ambivalence :</i> <i>introversion/extraversion</i> <i>Retrait/exhibition</i> <i>Incompréhension</i> <i>Exigence sociale</i> <i>Recherche sensation « par curiosité »,</i> <i>addiction « ponctuelle », « pour voir »</i> <i>Recherche valorisation</i>	ACTIVITE
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Sentiment de rejet des parents suite à la crise d'adolescence laissant des traces profondes de culpabilité, de fuite en avant. Craint le rejet de ses amis et de tous ceux qui l'entourent. Perd confiance dans sa vraie personnalité qu'elle ressent comme inadaptée et "rejetante". Le doute remplit sa vie générant une instabilité des choix professionnels	Angoisse de perte Effondrement psychique Idéations suicidaires Alexithymie

SYLVIE	INTERIORISATION DE LA HONTE	
DEPRIVATION	Mère dépressive, absente Père malade et alcoolique Carence affective Solitude dans fratrie Sentiment de rejet, de solitude Opposition et revendication Hyperactivité	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	DEVALORISATION	ACTIVITE <i>Dévalorisation</i> <i>Fugue</i> <i>Exigence sociale</i> <i>Révolte</i> <i>Opposition</i> <i>Addiction au jeu</i>
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Solitude, angoisse de perte Addiction au jeu, fatigue extrême morale et physique, peur de la douleur, description douleur ++, crise de nerf/ douleurs plus supportables : tout arracher, sortir, fuir, phobie douleur, ne voyait plus que le négatif/ sombrait dans la dépression/ plus envie de voir les gens/ escargot dans sa coquille, ne supporte plus la douleur, son corps est rouillé/ il a du mal à fonctionner, l'ombre d'elle-même, inquiétude de ne pas pouvoir quitter sa situation actuelle, impatience.	Angoisse de perte Addiction au jeu Epuisement (désintrication) Somatisation Menace d'effondrement Angoisse pour l'avenir

COCO	INTERIORISATION DE LA HONTE	
DEPRIVATION	Rigidité éducative Carence affective Rejet parental ("différente") Révolte	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	DEVALORISATION	ACTIVITE <i>Fonctionnement manichéen</i> <i>Perfectionniste</i>

		<i>Emprise sur fils</i> <i>Cherche fascination</i> <i>Notoriété</i> <i>Reconnaissance</i>
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	Crise d'angoisse, un vécu d'angoisse non mesurable, poussée par un sentiment d'angoisse démesuré, angoisse folle (pour son fils), angoisse (pour lui), angoisse de vide, angoisse du vide, angoisse de ne pas maîtriser : la mort, la maladie..., dramatisation.	Angoisse démesurée Angoisse de vide Angoisse de perte Angoisse de mort Anxiété généralisée

GUY	INTERIORISATION DE LA HONTE	
DEPRIVATION	Parents âgés Mère soumise, faible Père violent, colérique Honte et frustration /famille Rejet parents	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	DEVALORISATION	ACTIVITE <i>Syndrome de supériorité.</i> <i>Exigence</i> <i>Recherche sensation</i> <i>Recherche amour passionnel</i> <i>Besoin de dominer</i> <i>Besoin de sensation</i> <i>Dépendance affective</i>
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Types d'angoisse
	Addiction au sentiment passionnel dans toute sa folie, besoin de se brûler les ailes, sentiment d'épuisement, je me traînais, je ruminais toute la journée, j'avais des idées noires/ je ne dormais plus, c'était la perte de ma passion et après un abattement très fort s'en est suivi, tout perdu, mettre fin à cette déchéance, mise en échec, angoisse totale : TS médicamenteuse (seule solution), insupportable image de soi, une seule chose en tête recommencer sans se rater, dépression	Addiction "amoureuse" Avide sensations Effondrement psychique Idéations suicidaires Angoisse de perte Anéantissement Angoisse de séparation

	à chaque séparation, couple apaise mon angoisse, peur d'être seul, angoisse pour l'avenir financier, pas de solution de sortie/ ressenti de panique, la vie passionnelle est déstructurante/ renvoie de l'angoisse, peur qu'elle me quitte, TS : quelque chose d'irrépressible, quelque chose qui me prend tout entier, une sorte de panique, sinon : mal au ventre, boule à la gorge, sentiment de nervosité, d'impatience...	Angoisse solitude Angoisse pour l'avenir

ABIR	INTERIORISATION DE LA HONTE	
DEPRIVATION	Mère dépressive (perte enfant avant sa naissance) Syndrome abandon Père parti qd 5ans (retour qd 13ans) Silence, non-dits Trauma répétitif de perte	
Aménagement défensif	Attitude passive	Attitude active
	DEVALORISATION	ACTIVITE <i>Sentiment d'injustice</i> <i>Culpabilité</i> <i>Dépendance affective</i> <i>Incompréhension</i> <i>Recherche de valorisation</i> <i>Ambivalence replis/toute-puissance</i>
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	TS : intention de mourir, envie de mourir transformée en angoisse, répétition : envie de mourir réfléchi et durable/ idée fixe, ruminations excessives : non à cette vie injuste/quitte et donne ma place, toujours sauvée, angoisses dominantes le WE : sensation de vide, pulsion qui monte de plus en plus intense : pas d'autre moyen pour apaiser que scarification/ insensibilité durant l'acte, douleurs viennent qu'après, les objectifs font peur, peur finir les choses : néant, se voit de l'extérieur/se voit dans l'autodestruction, angoisse quand interne partie (abandon) Sentiment d'être toujours abandonnée, drogue, alcool	Angoisse séparation Angoisse perte Idéations suicidaires Angoisse vide Anéantissement Scarification Dépersonnalisation

- Les dérivées de la crise pour le groupe 4 : Tableau III, 1-27

Mode relationnel		Pauvre	Relation superficielle	Relation durable	Sociable	Cherche valorisation, Etre reconnu	Besoin être entouré	Besoin très entouré (avidité)
Dévalorisation	Gurvan	X	X			X	X	
Hervé		X				X		
Emilie		X		X				X
Activité	Sylvie			X	X			
Coco			X		X	X		X
Guy			X		X	X	X	
Abir			X	X	X	X		X
Projets issus de la crise		Aucun	Insuffisants Contrainte (+C)	Difficiles	Un peu (retour au même)	Constructifs	Inspirés	Sublimés
Dévalorisation	Gurvan		X				X	
Hervé			X (+C)			X		
Emilie				X			X	
Activité	Sylvie		X (+C)			X		
Coco							X	X
Guy			X (+C)			X		
Abir			X (+C)					X

Le groupe 4 se distingue des 3 autres, notamment dans la prépondérance des sujets à rechercher la valorisation et la reconnaissance, peu importe que la relation soit superficielle, pourvue qu'elle existe. Nous pouvons constater que tous les sujets se réfèrent dans leurs désirs – pour ce groupe, le fatalisme et la passivité sont exprimés par la contrainte, et ont de bonnes résolutions d'une vie plus saine (aspirations constructives) –, et nous reconnaissons ce que nous avons décrit par ailleurs (déprivation, p 133 et sentiment de frustration p 90) : l'insatisfaction et le sentiment d'obligation à suivre les exigences de perfection trop élevées de l'idéal du moi dans la réalisation des désirs – notamment le sentiment de toute puissance et d'auto engendrement pour les "actifs" – caractérisent ce groupe 4. Nous attendions un peu plus de relations durables chez les passifs et un peu moins d'aspirations équivalentes aux actifs. Les relations superficielles se joignent au besoin de sociabilité.

Tableau des résultats de l'auto-questionnaire HADS pour le groupe 4 : Tableau III, 1-28

HADS / Groupe 4		Anxiété	Dépression	Total
Dévalorisation	Gurvan	6	12	18
Hervé		5	11	16
Emilie		7	13	20
Activité	Sylvie	16	13	29
Coco		11	13	21
Guy		15	13	23
Abir		14	13	27

En ce qui concerne le 4^{ème} groupe les résultats diffèrent pour le sous-groupe « auto-dévalorisation », où sont relevés peu d'anxiété (≤ 7) tandis que le sous-groupe « activité » ont une symptomatologie anxieuse certaine (≥ 11). A contrario, tout le groupe présente plus de dépression (≥ 11), dépassant largement les trois autres groupes.

Les résultats sont assez représentatifs de notre classification et vont nous aider à évaluer la répercussion de la "crise" sur l'émotionnel.

3.2.5. Un sujet non classé dans les groupes de la modélisation :

La difficulté de l'entretien tient au traumatisme vécu par Jojo : célébro-lésé, il a subi deux interventions au cerveau. L'autre spécificité tient également du fait qu'il est le seul à avoir vécu une agression extérieure avérée. Ses difficultés mnésiques fait qu'il dispose de peu de souvenirs, par contre il se souvient très bien de son agression et il ne présente aucune émotion mais ceci peut être interprété psychologiquement par le choc ou/et la lésion qu'a pu subir le limbique. Ses réponses peuvent porter à confusion, il ne comprend pas bien ce qui lui est demandé.

Un sujet non classé: Tableau III, 1-29 :

JOJO	Anxieux, peu enthousiaste dans la vie, plaisir dans la routine, assisté par sa famille et aides sociales	
Aménagement défensif	Fonctionnement passif Routinier	Fonctionnement actif
	Dépendance affective Face à ses angoisses, il se réfugie dans la protection familiale	
La crise	Liste des "expressions" sur l'angoisse citées tout au long de l'entretien	Manifestations d'angoisse
	(victime d'agression chez lui) Pas d'angoisse, se sent très anxieux, cauchemars fréquents, toujours peur quand la porte s'ouvre, trop peur réintégrer son logement, inquiétude pour le déménagement,	Angoisse traumatique

CHAPITRE 2 :

Analyse

1. Le fonctionnement psychopathologique de l'angoisse paroxystique
 - 1.1. L'inhibition anxieuse
 - Les sentiments de déréalisations et de dépersonnalisations
 - L'épuisement neurasthénique
 - 1.2. La fonction contenante
 - Le deuil
 - La solitude
 - La séparation
 - 1.3. La dépendance affective et les addictions
 - 1.3.1. La dépendance affective
 - 1.3.2. Les addictions
 - Dépendance affective et addiction à l'alcool
 - Les dépendances affectives et les addictions aux substances psycho actives
 - Les dépendances affectives et les addictions comportementales
 - Ordalie et alcool
 - Addiction au jeu
 - Addiction amoureuse
 - Addiction au sport
 - 1.4. La sublimation
 - 1.5. Conclusion sur le fonctionnement psychopathologique de l'angoisse paroxystique
 - 1.5.1. Un même processus pour un aménagement défensif multiple correspondant à la modélisation
 - 1.5.2. Identification de la spécificité du processus d'angoisse paroxystique
2. La destruction en œuvre
 - 2.1. Analyse de l'acte
 - 2.1.1. Le pré-acte
 - 2.1.2. L'action de la déliaison : la crise
 - L'angoisse de mort dans les agirs
 - L'acte de mutilation comme résolution de l'angoisse d'effacement
 - La douleur : déliaison dans le corps propre
 - L'accès violent comme mise en acte
 - L'AVC et le coma : significatifs d'un mode de déliaison
 - Les pathologies cardiovasculaires et "l'agressivité contenue"
 - Les expériences comateuses
 - L'existence d'une angoisse "prémonitoire"
 - Le vide psychique comme existence d'une angoisse insoutenable
 - La mort comme fascination
 - La mort comme résolution d'une problématique liée à la culpabilité
 - La mort comme résolution de l'échec, l'auto-effacement

- 2.2. Résolution par l'acte ?
 - 2.2.1. Bénéfices de l'acte
 - 2.2.2. Les risques de récides
- 2.3. Conclusion sur la destructivité en œuvre dans l'analyse de l'acte
 - 2.3.1. La modélisation dans la mise en acte
 - 2.3.1.1. Les particularités liées aux dimensions possessivité/envahissement
 - 2.3.1.2. L'interprétation de l'agir et du symptôme révèlent l'appartenance à l'un des groupes
 - 2.3.1.3. La résolution et la capacité de se projeter dans l'avenir révèlent le processus psychique et les positionnements
 - 2.3.1.4. Tableau récupératif
 - 2.3.2. L'agir: point de butée du processus de l'angoisse paroxystique
- 3. Les modes de restructuration psychique
 - 3.1. Les troubles fonctionnels et somatiques
 - 3.1.1. L'unité soma-psyché
 - Les syndromes somatiques – fonctionnels – organiques
 - L'hypocondrie
 - L'alexithymie
 - 3.1.2. Les lois biologiques ou sens du symptôme
 - 3.2. L'intersubjectivité
 - Intersubjectivité et dépendance
 - Le cadre thérapeutique
 - Le groupe
 - 3.3. Conclusion sur les modes de restructuration psychique

Nous avons mis en évidence, au cours de notre théorisation, un fonctionnement psychique sous-tendant l'approche processuelle de l'angoisse paroxystique que nous allons à présent confronter à l'analyse clinique et à nos hypothèses.

Les cas d'expérimentations viennent soutenir ce qui émerge et vont exemplifier les constructions de modèle en remplaçant ponctuellement le sujet en rapport avec ce qui est analysé. Il s'agit d'une association spontanée qui vient faire écho lors de l'analyse. L'étude permet d'analyser le sujet aux prises avec l'angoisse paroxystique : l'utilisation du terme de *sujet* montre la dimension plus objectivante de l'observation, c'est-à-dire l'observation du sujet dans ses états mentaux et en tant qu'observateur conscient de ce qui se produit en lui-même. La dimension plus clinique et institutionnelle qui découle de l'observation, quant à elle, identifie un *patient* en soin. Pour cela les deux déterminations vont s'articuler pour positionner l'investigation.

Nous nous proposerons, suite à l'analyse, de voir dans quelle mesure nous pouvons utiliser nos résultats au profit de prise en charge spécifique.

1. Le fonctionnement psychopathologique de l'angoisse paroxystique

- 1.1 L'inhibition anxieuse
- 1.2 La fonction contenante
- 1.3 La dépendance affective et les addictions
- 1.4 La sublimation
- 1.5 Conclusion

Notre hypothèse 1 : il existe un fonctionnement psychopathologique sous-jacent spécifique du processus d'angoisse paroxystique.

Le type d'organisation des groupes et l'ensemble des conditions représentant la vulnérabilité de la prime enfance et les aménagements défensifs ont permis une analyse symptomatologique.

Nous avons conscience que les traumatismes de l'enfance sont les pierres angulaires de l'édifice de la vie du sujet. Les traumatismes résultants de l'environnement familial constituent des facteurs de vulnérabilité sous-tendant des processus psychiques.

Ces traumatismes se repèrent lors de notre expérimentation notamment sous les symptomatologies suivantes : 1- L'inhibition anxieuse, 2- La fonction contenante, 3- La dépendance affective et les addictions, 4- La sublimation. Des facteurs de vulnérabilité font apparaître la perception de vide et de désir de fuite – fuite du Moi – de manière significative. Ils font mettre en place des stratégies défensives de type phobique pour éviter le retour traumatique, et, sous le mode de projection sur l'extérieur, des facteurs précipitants qui, en tant qu'ils interagissent avec les traumatismes originaires, fragilisent le pare-excitation par le débordement et engagent l'envahissement de l'angoisse paroxystique et le sentiment d'une force pulsionnelle incontrôlable par l'abréaction.

1.1. L'inhibition anxieuse

L'inhibition anxieuse est représentée par : 1- les sentiments de déréalisation et de dépersonnalisation et 2- l'épuisement neurasthénique.

1- Les sentiments de déréalisation et de dépersonnalisation

L'expérience de "vide" est souvent révélateur du jaillissement d'angoisse et la perception de se sentir "dissocié" de la réalité pour fuir un danger innommable. De l'enfance de ses patients, nous nous accordons avec R. Kaës (1974) à dire que la « transmission intergénérationnelle »

est favorable aux effets de liaisons et que l'absence, l'insécurité du lien constituent « l'expérience de la discontinuité » et « le vide prend figure d'un innommable, irreprésentable ». Nous associons ce vécu au sens clinique des sentiments de déréalisation et de dépersonnalisation. Le sentiment de déréalisation, en effet, est un sentiment d'étrangeté, d'irréalité sans altération de la perception et le sentiment de dépersonnalisation²⁸⁸ donne une perception de détachement, une position d'observateur, de sentiment de perte de temporalité, il dépossède le sujet de son intégrité physique ou psychique. Ces symptômes sont présents dans l'inhibition anxieuse. Il est retrouvé, de manière plus discrète, ce sentiment de dépersonnalisation dans les états limites qui « se caractérisent par des alternances de perte et de récupération objectales ».

Des expressions recueillies lors des entretiens viennent mettre en lumière ces expériences:

Par exemple **Marylène** qui ressent un sentiment de vide après une frustration « violente » et qui décrit son comportement précédent sa TS comme « mécanique ». **Hervé**, lors de sa décompensation agressive, et **Abir**, dans ses gestes de scarification et dans sa projection: c'est en tant qu'observateur et sans perceptions sensorielles qu'ils vivent leurs expériences. Ou bien encore **Patrick** dans son angoisse face au diagnostic du médecin spécialiste: l'angoisse et la douleur étaient telles qu'il a perdu connaissance.

Le vécu de dépersonnalisation est fréquent lors d'un recours à l'acte, nous verrons comment il s'exprime chez nos sujets plus précisément dans le paragraphe consacré à la crise.

2 - L'épuisement neurasthénique ou « épuisement vital »:

L'épuisement neurasthénique est souvent évoqué pour aborder l'angoisse, lorsque le patient explique son geste ou sa demande d'hospitalisation :

Le cas de **Geneviève** : invalidée par des inhibitions excessives. Elle se plaint de ses angoisses, d'épuisement avec perte de sommeil et d'appétit auxquels s'ajoutent une hypocondrie et des ruminations excessives. Elle apparaît tout d'abord évolué sur un mode œdipien (dette au père et emprise maternelle) mais que l'on serait à même de traduire par un mécanisme de "narcissisme moral" au sens d'André Green, c'est-à-dire

²⁸⁸ A. Green présente la situation de dépersonnalisation comme pouvant être « à mi-chemin entre l'angoisse et la douleur », il s'ensuit « un véritable évidement du Moi qui semble vouloir rejoindre un objet non figuré, dans un ailleurs indéterminé, retrouvant dans les objets du monde extérieur, par les mécanismes de l'identification projective, les caractéristiques d'hostilité et d'étrangeté de l'objet exclu » (...), « ce qui caractérise l'expérience de dépersonnalisation, (...) c'est le réinvestissement de l'objet qui met fin à l'expérience, et qui permet l'établissement avec lui de relations objectales d'un style plus différencié et même plus différencié qu'avant l'épisode de dépersonnalisation, qui a réalisé une purgation des désirs agressifs du sujet » (A.GREEN, *"Le discours vivant"*, PUF, Le fil rouge, Paris, 1973, 1992, p 176-177).

« une forme de névrose "narcissique" » (...), « Ensuite, la dynamique même des conflits qui impliquent un refus des pulsions objectales, associé à un refus du réel » (...) « Et, enfin, la mégalomanie sous-tend le narcissisme moral, qui implique un refus des investissements d'objet par le Moi », le narcissisme moral se livre « en objet sacrificiel, qui bouche les trous par où se révèle l'absence de protection du monde par une image toute-puissante divine, pour tenter d'obstruer ce manque intolérable »²⁸⁹.

La négation de souffrance de la mort du père pourrait être associée à ce refus du réel. Son "épuisement vital" qu'elle exprime pour estomper les tensions jusqu'à l'inexistence : « puis un jour, je n'ai plus eu envie de rien faire, plus faim, mangeais plus, dormais plus ».

De même que pour **Sylvie**, c'est son épuisement neurasthénique²⁹⁰ : sa « fatigue extrême morale et physique » qui justifie sa demande d'hospitalisation. Le besoin de dormir que justifie cet épuisement vient rendre compte du besoin d'apaisement – d'inactivité totale –, du besoin de rompre avec la réalité : « ne plus penser », « ne plus sentir », « ne plus souffrir », « voulait être un escargot rentré dans sa coquille ».

Geneviève comme Sylvie présentent également un comportement hypocondriaque.

1.2. La fonction contenante :

Après avoir mis en évidence, dans notre partie théorique, le rôle primordial de la fonction contenante dans le travail sur l'archaïque et les traumas originaires, nous en avons remarqué l'impact lors de l'expérimentation, notamment dans : 1- le deuil, 2- le sentiment de solitude : le conflit originare et la solitude, le syndrome d'abandon comme ancrage de solitude, solitude et intersubjectivité, 3- la problématique liée à la séparation.

La fonction contenante a une fonction protectrice vis-à-vis des excitations intérieures et extérieures (conduit au pare-excitation). Sa fragilité, entraîne le sujet dans « une chute sans fin » (E. Bick) sous la forme d'angoisse paroxystique. Nous avons montré comment D.

²⁸⁹ A. GREEN : *"narcissisme de vie, narcissisme de mort"*, Les Editions de Minuit, Paris, 1983, p 189

²⁹⁰ Nous trouvons intéressant de mettre en regard l'exploitation de Ferenczi sur le concept freudien de neurasthénie. J. Chemouni, dans son article consacré à Ferenczi reprend cette question sur la neurasthénie : « la "décharge inadéquate" que Freud considèrerait comme la cause de la neurasthénie dans ses premiers travaux consacrés à ce sujet, s'avère être à plus ample examen une protestation angoissée de la part du Moi corporel et psychique contre l'exploitation libidinale ; considérée sous cet angle, la neurasthénie reposerait sur une angoisse hypocondriaque du Moi ; une libido objectale endiguée », « la préoccupation sur le corps devient une caractéristique de la neurasthénie, s'apparentant ainsi à l'hypocondrie ». J. CHEMOUNI : *" De l'hypocondrie aux pathonévroses. L'apport de Ferenczi "*, dans l'Evolution psychiatrique, 2001, n°66, p 28

De même que J. Chemouni cite :

« Nous suivons la théorie de Freud en ce qui concerne l'hypocondrie et considérons que l'hypocondrie est une névrose narcissique actuelle et susceptible comme telle d'être expliquée par l'accumulation douloureuse de la libido narcissique dans les organes du corps » Idem, p 30

Anzieu²⁹¹, avec le Moi-Peau a figuré « la contenance de la peau » : la peau qui contient et lie l'excitation pulsionnelle diffuse. Le besoin de sensation témoignerait de cette absence de limites et de contenance qui conduirait le sujet à l'instabilité, l'impatience, l'insatisfaction.

La fonction de maintenance préfigure la fonction contenant, son absence génère la sensation de vide intérieur qui révèle l'insécurité, le manque de contrôle émotionnel qui apparaît sous la forme d'impulsivité.

Le surinvestissement que nous découvrons dans les conduites à risque témoigne d'un mécanisme de défense massif pour gérer l'angoisse de perte : le débordement pulsionnel et la confrontation avec le réel.

1- Le deuil

Le deuil, non pas le deuil réel mais le traumatisme dont le sujet a à faire son deuil. Trauma de mort ou de menace de mort, le deuil entraîne une souffrance exagérée. Le déni comme deuil pathologique peut-être observé comme conséquence de répercussion de troubles psychosomatiques. Il est caractéristique de l'incapacité à accepter et à gérer le trauma et, à l'inverse de la capacité de résilience, il impacte sur l'équilibre du fonctionnement psychique qui multiplie les aménagements défensifs. Le clivage du Moi permet de soustraire une réalité insoutenable pour le Moi en le maintenant à l'écart et préserver illusoirement le sujet dans son quotidien. Il ne s'agit pas d'un mécanisme de refoulement, mais d'un mécanisme qui semble "réussir" au sujet dans une sorte de préservation de l'équilibre. La répercussion est donc sournoise et n'apparaît pas en tant que facteur déclenchant de l'angoisse.

Le discours ne laisse pas transparaître l'affect traumatique mais nous pouvons percevoir le maintien de la position psychique notamment caractérisée dans l'inhibition.

Nous pouvons reconnaître dans le cas de **Bleu**, des contradictions, des juxtapositions dans son discours d'éléments négatifs, traumatiques et d'éléments positifs, qui montrent bien la négation et un travail de deuil non résolu. Cela peut refléter également l'individualité existant dans une famille pourtant nombreuse (8 enfants) mais dont chacun « se débrouillait, il fallait bien ». Par ailleurs, son pessimisme et son incapacité à se projeter en témoignent aussi.

Jojo, cérébro-lésé, victime d'agression physique : perte de mémoire, plusieurs interventions en deux mois, migraines, douleurs ..., garde des séquelles mais ne se plaint pas, comme indifférent à son corps. Alterne entre : « pas d'angoisse: de l'aide. Garde le moral grâce à l'équipe médicale, par contre n'arrive toujours pas à dormir. Se sent très anxieux. Impression

²⁹¹ Cf Partie 1, Chap 2, §2.1, p74

d'être revenu de loin, souvenirs effacés. Cauchemars fréquents, toujours peur quand la porte s'ouvre ». .. et « est confiant pour l'avenir, pense que tout va revenir comme avant ».

La honte, le secret mobilisent la part narcissique du sujet : pour **Béatrice**, le secret familial autour du meurtre de la Grand-Mère et les rumeurs qui accusent l'amant de sa mère, alimente ses angoisses et son isolement.

2- La solitude

Le conflit originaire et le sentiment de solitude : une angoisse narcissique primaire.

Le sentiment de solitude marque le trauma du vécu de l'absence de l'objet et peut se rapporter à la période de séparation et d'individuation. L'absence de l'objet procure une l'angoisse de perte, du manque, du vide. L'enfant doit progressivement apprendre à se séparer de sa mère. Le deuil originaire est le renoncement de la possession de l'objet et ancre l'idée de la solitude chez l'adulte. Racamier écrit :

« le deuil originaire est le modèle de toute crise à venir, voire de tout changement qui s'opère ou qui s'impose »²⁹².

L'intégration d'un narcissisme positif constitue la base sécuritaire du Moi-Idéal qui peut se soustraire du besoin d'amour de l'objet extérieur. Cette intégration permettrait ainsi au sujet de gérer au mieux les séparations et déceptions concernant l'amour de l'autre. M. Klein décrit une angoisse dépressive comme conséquence de la nostalgie du lien primordial d'avec la mère, le sentiment de perte représente la crainte de la mort.

Coco, comme **Guy**, peuvent en témoigner : à chaque séparation, **Guy** reprend un traitement pour une « récurrence de dépression ». Il vit alors un fort « sentiment de vide », « une sorte de "débranchement" ». Il reprend confiance quand il est en couple : « ça apaise mon angoisse ». Le couple est important pour lui ; il a peur d'être seul. Actuellement, la vie est rassurante et apaisante avec son amie : « si elle me quittait, si elle se rend compte que je ne suis pas assez bien... j'ai peur qu'elle me quitte ». Et, **Coco** reconnaît que ses crises d'angoisse à l'âge adulte lors des 20 dernières années, sont présentes surtout depuis qu'elle essaie de vivre seule. Sa pulsion d'emprise sur son fils, son hyperprotection vis-à-vis de lui sont exprimées par la relation « fusionnelle, ambiguë, démesurée », « l'angoisse folle pour lui ». (Et son fils, quant à lui, est addict aux substances psycho-actives !)

²⁹² Revue « dialogue » : "Recherches cliniques et socio sur le couple et la famille", p49, N°129, 1995, 3^{ème} trimestre.

Le syndrome d'abandon comme ancrage de solitude

Le versant névrotique du sentiment de solitude révèle l'angoisse d'abandon et l'angoisse de castration. La vulnérabilité à l'ennui, la solitude viennent symboliser le manque de parole, le sentiment de vide et sont perçues comme un sentiment d'abandon. La solitude vient réveiller la situation de détresse infantile, une angoisse d'abandon est réactivée lorsque la situation traumatique fait retour en augmentant les besoins de présence.

Nolan ne supporte pas la solitude, elle recrée chez lui l'absence de la mère trop occupée par le père dépressif et le vit comme un rejet – puisque cette indisponibilité de la mère a contribué à l'entrée en internat dès 6 ans –. Il déclenche un problème de peau – lupus – après son divorce quand il est seul. Il entretient des relations « de bar » pour retarder le retour chez lui – « une maison dortoir ».

Béatrice, lorsque son père quitte le domicile sans jamais y revenir, réagit et retourne sa colère sur les hommes "dont il ne faut jamais dépendre", et lorsque son mari a un accident de travail : elle doit s'occuper de lui comme elle a dû s'occuper de son père et risque de tout perdre, notamment sa maison (similaire à l'enfance) : la répétition "lève le déni" : elle prend conscience du « vide de sa vie », de « son hyperactivité » pour fuir l'ennui.

Solitude et intersubjectivité

L'Autre apparaît manquant dans la solitude subjective : la solitude sociale, l'isolement.

La solitude est exprimée socialement lorsqu'elle renvoie au sujet un sentiment d'inefficacité personnelle, déclenchant la sensation d'anéantissement personnel ou de culpabilité. La peur d'être jugé par l'Autre enferme le sujet dans son silence intérieur et renforce l'expression du vide.

Danièle, par exemple, souffre de solitude, d'isolement, d'abandon. Elle se sent rejetée et est traumatisée par la violence physique et verbale (dévalorisante) de son ex-mari : quand elle est opérée de son cancer du sein, au réveil, son mari "l'accueille" par cette phrase : « dommage que tu ne sois pas crevée » et elle s'en veut d'avoir supporté cette vie de couple, de ne pas avoir su dire non. De même, elle fuit la foule, le regard « toujours jugeant » de l'autre. Elle a toujours peur de rencontrer quelqu'un qui lui poserait des questions. Elle ne sort presque plus. Elle souffre également de l'absence de ses enfants auprès d'elle, son fils vivant plus loin : peut-être craint-elle de revivre la séparation du frère qui est parti et n'est jamais revenu voir la famille. L'association du concept de bouderie avec la solitude sied parfaitement à Danièle, autant que ces propos d'Yvon BRES sur le concept de bouderie qui pourrait :

« Conduire à affirmer que là où je croyais subir comme un destin la solitude et les sentiments dépressifs qui l'accompagnent, c'était en réalité "moi" qui les produisais comme résultats d'une manœuvre de chantage "voulue" »²⁹³.

3- La séparation

Le processus de séparation intègre également le deuil de l'objet et la capacité du sujet à se séparer de l'objet sans entraîner l'angoisse lors du processus d'individuation. Nous avons décrit la pulsion d'attachement en référence à J. Bowlby dans la 2nde partie, chap 3, qui a permis d'étudier les réactions à la séparation et à la carence des soins maternels. De cette façon, nous avons pu revenir sur l'influence des relations précoces sur les comportements adaptatifs à l'âge adulte. L'insécurité de l'attachement fait partie des facteurs de vulnérabilité en lien avec l'angoisse paroxystique. Nombreux sont les cas qui affichent cette angoisse de séparation. Entre autre, celui de **Nicolas** dont les femmes de sa vie sont toujours beaucoup plus âgées, et dont il ne peut se résoudre à se séparer sans tenter un appel par l'acte suicidaire. Et **Jérôme**, pour qui les idéations suicidaires sont expliquées comme issues de l'intensité de la fatigue: « trop fatigué ». Il n'a pas su gérer une décision de séparation de son amie, il utilise l'hospitalisation comme appel : elle a su que j'étais mal « mais, elle a compris, avec l'hôpital... » . A pris la décision de se faire hospitaliser surtout « pour réfléchir », il est venu de lui-même, « pas sous l'impulsion, c'était réfléchi. Pour prendre du recul sur ma vie », ce qu'il a fait : le bilan. « J'ai toujours été à cogiter trop », « je ramasse tout et relâche rien, sauf en explosant » et le point sur sa dépendance vis à vis de sa mère, (et de son amie) « J'ai toujours été très anxieux, mais maintenant, je fais plus de chose tout seul, je n'ai plus besoin de ma mère : j'avais besoin qu'elle vienne avec moi ou qu'elle m'aide à faire les choses ».

1.3. La dépendance affective :

1.3.1 La dépendance

1.3.2 Les addictions

La dépendance affective domine l'observation et est soulignée par les nombreuses addictions relevées lors des évaluations.

²⁹³ Yvon BRES : *"Freud ... en liberté"*, Ellipses Edition Marketing S.A., Paris, 2006, p 86

Bien que nous ayons évoqué la dépendance affective conséquente des défaillances narcissiques et de l'emprise, nous avons été surpris de constater cette dépendance comme élément prédominant et donc caractéristique d'une répercussion d'angoisse paroxystique.

La dépendance affective, et les besoins qu'elle génère, permet de faire le lien avec les addictions car autant le sujet nie les mécanismes d'addiction à une substance ou de nature comportementale pour la contrebattre, autant il nie son désir au profit du besoin.

Les addictions nous amène à l'observation du mode comportemental répétitif que le sujet met en place pour venir à bout des tensions internes, il peut être rapproché des phénomènes de somatisation où la répétition vient lutter contre le risque de désorganisation psychique.

1.3.1. La dépendance affective

La dépendance traduit le besoin de l'Autre ou de son objet substitutif. Le lien particulier sujet-objet est révélateur de l'immaturité du moi, de l'incapacité du sujet à être seul. La dépendance est liée à l'incapacité de liaison des tensions internes qui entraîne la désorganisation psychique et corporelle. Ph. Jeammet (1991) évoque:

« L'échec des zones érogènes dans leur rôle de liaisons libidinales et d'organisation d'un auto-érotisme qui associe intimement lien objectal, construction des frontières du Moi et autonomie narcissique incluant l'objet dans son fonctionnement »²⁹⁴.

La persistance de la pulsion d'attachement menace l'identité du sujet par la confusion identificatoire et l'omniprésence des objets d'attachement qui le mobilisent totalement. La dépendance affective amène aux conduites de dépendance : le sujet alterne entre tentative de maîtrise et d'emprise. L'objet de dépendance devient, dans sa projection extérieure, le substitut du fantasme. L'objet, comme dans la phobie sert à circonscrire l'angoisse.

La dépendance affective chez **Abir** illustre bien l'effet de la répercussion du vécu d'abandons répétitifs dans l'enfance qui génère une angoisse de perte car chaque nouvel attachement constitue une menace de perte. Son père part alors qu'elle a 5 ans, il revient lorsqu'elle à 13 ans (elle refuse son retour : conflictualité amour/haine – recherche et refus de sa présence –, et l'acceptation passive de sa mère dépressive). Période d'ambivalence replis/ toute puissance. Elle quitte le domicile, retourne dans la "patrie" parentale : jamais ses parents ne l'ont plus contactée (11 ans), son frère et sa sœur sur place refusent sa présence et lorsqu'elle se sépare de son ami après 7 ans de vie commune, puis récemment de son dernier ami en France, ce

²⁹⁴ J-L. Venisse, D. Bailly : *"dépendance et conduite de dépendance"*, Masson, Paris, 1994, p 120

sont des situations qui réveillent le trauma d'abandon, trauma qui rode toujours autour d'elle. La culpabilité ressentie concernant ces abandons répétitifs la conduit vers un mode masochiste primaire : elle se sent coupable d'exister. Elle alterne entre la tentative de maîtrise de l'attachement et l'"appel à l'Autre", entre agressivité et auto-agression (voir auto-mutilation). Lors d'une première période d'hospitalisation, son attachement pour une interne psychiatre l'a fait rechuter lorsque celle-ci a quitté le service : elle a cherché par tous les moyens à la contacter, s'est sentie abandonnée "encore une fois". Ses agirs répétitifs ne viennent pas à bout de sa culpabilité et de ses attentes : « depuis mes 11 ans, responsable de toute ma vie : tout donné, plus de force », elle culpabilise, n'avance pas, les choses se répètent.

1.3.2. Les addictions

Les addictions découvertes dans notre étude, diffèrent selon le lieu de passation : à NDL, nous avons à faire à des addictions essentiellement à l'alcool et une addiction au jeu, à l'inverse, au CHGR – en ce qui concerne la population étudiée –, les addictions de types comportementales dominent.

Les définitions de l'addiction font référence au droit Romain²⁹⁵ : Addictus, « esclavage pour dettes ou contrainte par le corps », il s'agit, par conséquent de s'infliger une contrainte par le corps pour dette *psychologique*.

La définition donnée par A. Goodman (1990) :

« un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise interne, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives (perte de contrôle) »²⁹⁶.

Dans notre recherche, du point de rencontre des conduites addictives avec l'angoisse paroxystique, nous pouvons citer B. Brusset (1990) qui voit la conduite addictive comme « voie finale commune de décharge de toutes les excitations ».

Nous retrouvons dans la psychopathologie de l'addiction les problématiques narcissique – problématique prégénitale, indifférenciation sujet-objet, centration sur la perte d'objet de façon archaïque – et œdipienne – conflit amour/haine facilement décelable dans toutes formes

²⁹⁵ J-L. VENISSE et coll : "*dépendance et conduite de dépendance*", Masson, Paris, 1994

²⁹⁶ M. CORCOS et coll : "*les conduites de dépendances : dimensions psychopathologiques communes*", Masson, Paris, 2003. p 27

d'addiction (aux substances et comportementale) ainsi qu'à la culpabilité -. La psychopathologie des addictions met en évidence :

1- La prévalence de l'objet partiel (l'addiction) dans les relations objectales, et le fait qu'elle puisse être liée à la dépendance affective : la séparation, l'absence de l'objet incite le sujet à rechercher un objet partiel et substitutif pour suppléer au sentiment de vide, à l'angoisse de perte. Nous préciserons les spécificités entre dépendance affective et addiction à l'alcool, puis entre dépendance affective et addiction aux substances psycho actives.

2- Le facteur initiateur peut être la recherche de sensation : recherche d'expérience nouvelle, stimulation qui renvoie à la fois à l'impulsivité des conduites à risques, ou la désinhibition. Nous préciserons les spécificités entre dépendance affective et addictions comportementales découverts lors de l'expérimentation, à savoir les rapports : a- entre ordalie et alcool, b- avec l'addiction au jeu, c- avec l'addiction amoureuse et d- l'addiction au sport.

Nous n'allons pas approfondir les dimensions psychopathologique et psychanalytique de l'addiction sans quoi nous allons inévitablement reprendre ce que nous avons évoqué dans notre partie théorique sur les failles du narcissisme et la métapsychologie névrotique. Par contre, il est intéressant – au vue de la forte concomitance observée – de faire remarquer comment ces addictions s'inscrivent dans nos évaluations.

1- Dépendance affective et addiction à l'alcool

Nous avons noté plus haut, concernant la fonction contenante, que l'insécurité générée par le vide transmet l'impulsivité. Nous pouvons alors y repérer cette impulsion irrépressible dont le sujet est envahi lorsqu'il est dépendant à l'alcool. La substance peut constituer, dans un premier temps, une sorte "d'automédication" : l'alcool soulage le sujet d'une tension et crée un plaisir. La substance procure donc un sentiment de satisfaction remémorant le plaisir oral et le lien primaire – auto-érotisme -. Mais peu à peu, plus que l'apaisement, c'est ce plaisir qui est recherché, la remémoration renforce l'emprise inconsciente, le sujet devient dépendant : le besoin remplace la satisfaction. La pulsion d'emprise renforce la toute-puissance de l'objet sur le sujet, celui-ci ne peut, alors, que se soumettre. Ce phénomène d'apaisement explique les raisons pour lesquels apparaît une forte concomitance entre alcoolisme et troubles anxieux, l'anticipation « erronée » d'apaisement crée la dépendance puis aggrave le trouble. La dépendance aux autres et la fixité des investissements d'objets se nouent ainsi à l'attachement. L'attachement aux premiers objets constitue la vulnérabilité et sans doute une prédisposition aux conduites de dépendance.

Pour **Nono**, l'alcool est un moyen de rencontrer l'autre, d'éviter d'être seul : il n'a pas d'intérêt ou de loisirs. Le café est fréquenté au départ pour voir des gens car il ne supporte pas la solitude. Il entretient de bonnes relations avec les gens (mais superficielles), il faut qu'il trouve autre chose, ne veut plus boire. Pour pallier à la dépendance à l'alcool, il souhaite « trouver des projets pour restructurer sa vie, faire un travail de reconstruction, être utile », il a fait plusieurs cures, le sevrage d'alcool est souvent ponctuel, il ne tient pas longtemps.

Nombreux sont ceux qui décrivent la satisfaction relationnelle par l'alcool, chez **Nolan** notamment l'alcool vient combler la solitude, sa peur d'être seul.

Nicolas, lui est en quête d'approbation : il répond aux désirs "matériels" de sa femme et travaille beaucoup pour ressentir sa valorisation. Il comble ce manque d'approbation en s'entourant de ses "copains de bar". Dans cet endroit, il se sent valorisé. Le "bar" est un support d'ancrage positif : les personnes qui l'ont le plus aimé appartenaient à ces lieux : le patron, son meilleur ami, comme son père et celle qu'il a aimé "par-dessus tout".

2- Les dépendances affectives et les addictions aux substances psycho actives

L'addiction aux substances psycho actives sont tues lors de l'entretien, nous ne pouvons que le suggérer par ce qu'elle semble être associée au mode de fonctionnement découverts par ailleurs. Notamment avec les expressions de « triomphe sur la mort » relevés : l'addiction aux substances psycho actives repose sur une confrontation à la mort, – fait partie des conduites à risques – où la jouissance corporelle fait retour sous la forme d'un masochisme primaire. M. Laufer (1989) place la toxicomanie dans le registre maternel et pense que

« Les sensations promulguées par la drogue permettent de se sentir sans besoin, ce qui permet une défense contre un désir de fusion avec la mère »²⁹⁷.

La substance supplée au manque du tiers séparateur, « l'œdipe reprend son rôle structurant potentiel » (J-L. Venisse 1999)

3- Les dépendances affectives et les addictions comportementales

Elles ont en commun ce que J.-D. Guelfi²⁹⁸ a relevé des comportements addictifs à savoir : des comportements répétitifs, l'avidité du besoin, la tentative de maîtrise par la lutte, la contrainte et la dépendance. L'ambivalence entre l'impuissance devant l'objet du désir et la révolte contre son aliénation montre bien les raisons pour lesquels la majorité de notre 2^{ème}

²⁹⁷ M. CORCOS et coll : *"les conduites de dépendances : dimensions psychopathologiques communes"*, Masson, Paris, 2003. p 94

²⁹⁸ J-L.Venisse, *"Addictions et psychiatrie"*, Masson, Paris, 1999, 2001, p23

groupe est enclin à ce comportement (vignettes de Didier et Christophe). Nous pouvons faire l'association entre comportement ordalique et comportement addict, dans la mesure où l'un et l'autre ont un même but : se prouver qu'il existe, conjurer la dépendance.

Le sentiment – au sens freudien de plaisir et déplaisir – différencie la sensation de l'émotion, l'émotion contingente de l'affect est remplacée par la sensation. Le sujet a l'illusion de se sentir bien au moment de l'agir et recherche de manière répétitive à renouveler ce plaisir. L'action, qui vise le désir pulsionnel, devient organisatrice de la retrouvaille de l'objet perdu – place prépondérante de ce versant pour le groupe 4 « activité » dont nous décrirons les cas de Sylvie et Guy –. En filigrane, se dessine l'existence du narcissisme, au sens freudien – de la libido d'objet et de la libido du Moi –, dont la difficulté d'investissement objectal entraîne, selon J. Bergeret la dépression dite essentielle dans son versant d'effondrement, de faiblesse.

a- Ordalie et alcool

La conduite ordalique comme revers de la dépendance : **Loïck** se décrit dans l'enfance comme un enfant bagarreur, casse-cou (sauts dans les arbres), il n'a pas conscience du danger et adolescent (jusqu'à 30 ans), il multiplie les prises de risque (dérapages contrôlés en mobylette). En 81, il s'endort en voiture et son ami meurt dans l'accident : il ne s'en remet pas et augmente les prises de risques, il se noie dans la vie festive à Paris. L'alcool qui accompagne tous ces moments est d'abord lié à la fête puis aux copains : un moyen de rencontrer l'autre et éviter d'être seul. Et alors qu'il dit avoir changé de vie après 30 ans lorsqu'il est de retour en Bretagne, il continue à associer la fête à l'alcool, il a une vie plus calme mais ne dort que 3H/nuit. Son trauma crânien (avec coma de plusieurs semaines) est dû à une chute sur le sol mouillé dans l'entrée de son immeuble mais semble intervenir comme une conséquence logique d'un épuisement et d'une autodestruction basée sur la culpabilité. Lui qui a flirté avec la mort vit dans l'angoisse de ce qui peut lui arriver et développe une anxiété généralisée avec hypervigilance quasi obsessionnelle : manies, vérifications, prend le numéro des voitures auprès de la sienne, vérifie sans arrêt portes, lumières... et dramatisation: tout prend de l'ampleur, peur de ce qui peut lui arriver et ceci combiné avec des idéations suicidaires. L'accident a généré une décompensation psychique qui a laissé émerger l'angoisse contenue et dénié.

Nous retrouvons la même illustration entre autre avec **Didier** : Accidents de voitures nombreux: tout le temps seul, pour le plaisir de la vitesse, roulait vite. Il n'a jamais eu d'impact corporel, une fois seulement une fracture du sternum. Facteur, 16 ans dans la campagne d'Ille et Vilaine: l'alcool fait parti des habitudes du métier, les gens offraient à

boire. Il fait plusieurs fois des cures. Son environnement relationnel est construit à partir des copains de bar et son beau-père est cafetier : c'est un endroit où il se sent bien, où la prise d'alcool l'apaise et lui donne plus confiance en lui. – Conjointement, sa mère et sa femme ont une forte emprise sur lui (il évoque même l'envahissement et le comportement "maternel" de sa femme) qui peut rappeler le groupe 2 et le rapprocher de Loïck, cependant sa classification dans le groupe 3 est significatif de son fonctionnement psychique –.

Et il est intéressant de remarquer que le bénéfice et les aspirations sont presque identiques pour Loïck et Didier : 1- La recherche d'une vie saine : faire attention à sa santé après l'avoir détruite dans l'alcool et remise souvent en jeu dans le comportement à risque. 2- Et « faire de l'humanitaire » ou « faire des choses de bien » comme transposition d'une dette à payer par le corps sur un "remboursement" par une mise au service de l'autre.

b- Un cas d'addiction au jeu :

« Il s'agit d'un comportement répété et persistant de jeux d'argent exposant à des conséquences sociales, professionnelles et individuelles négatives »²⁹⁹.

Sylvie : par son addiction au jeu, elle conduit le couple dans une situation financière précaire, elle explique son comportement: 1- Pour sortir de la rigidité du couple, 2- A grandi trop vite, trop vite dans la vie active, vie d'épouse, de mère, c'est elle qui soutient toujours les autres, 3- Le jeu: son monde à elle, dans sa bulle.

Son mari l'entraîne toujours dans la culpabilité, et l'a laissée plonger: il devient plus rigide, maintenant une rigueur de gestion. Vu le comportement qu'entretient son mari avec ses amis à elle, elle ne veut pas qu'il les côtoie. Son mari s'est longtemps voilé la face, il ne veut pas l'entendre. Même malade, c'est elle qui continue à tout assumer, lui ne dit pas grand chose.

Dans le cas de **Sylvie** on peut retenir que le jeu représente l'espérance de gagner de l'argent qui symbolise la possibilité, la projection vers une liberté impossible "à gagner" sans le gain de jeu. "L'aliénation" au mari qu'elle ne peut quitter faute de moyen et de dette envers lui, la ramène à l'expérience "de fugue" à 14 ans: elle voulait partir en Espagne et fut contrainte de rentrer par « manque d'argent ». D'autant que le jeu est un moyen, pour elle, de vivre "socialement", appartenir à un groupe, trouver une identité. L'effondrement corporel est significatif des transpositions : « elle ne veut plus supporter pour les autres », « marre de prendre toujours sur elle et de dépasser ses possibilités » et « elle ne veut plus avoir mal »,

²⁹⁹ M. CORCOS et coll : *"les conduites de dépendances : dimensions psychopathologiques communes"*, Masson, Paris, 2003. p 127

« ne supporte plus la douleur ». L'agressivité envers les autres se retourne sur elle-même, son ossature n'en supporte plus le poids.

c- Un cas d'addiction "amoureuse"

Guy, une passion à la fois destructrice et lucide. Guy a toujours envie de vivre dans la passion amoureuse : passion aveugle.

« Lorsque je ne suis pas en couple, je tombe sous le charme de la beauté, j'aime séduire les belles femmes. J'ai rencontré des femmes de 10 à 12 ans de moins que moi : je trouve ça très valorisant », « pour moi, j'en suis même dépendant, c'est plus fort que moi : c'est une addiction au sentiment passionnel, dans toute sa folie ».

« A chaque fois, c'est la même passion, le même type de femme : la spirale », « le besoin de se bruler les ailes ». Attiré par le même type de femme : « qui ont du charme et le savent, irrésistibles, je ressens de la chaleur, de l'énergie », « j'ai besoin de créer cette situation, c'est comme un courant électrique qui réveille : une drogue quoi », il est dans la séduction, quelque soit l'âge. Il est aussi attiré par l'intelligence, mais pour une attirance plus intellectuelle qui éveille l'esprit et par curiosité, « c'est bien mais pas cette déstructurante de la beauté ».

Son comportement est associé au besoin de ressentir des sensations fortes : « j'ai besoin d'adrénaline : dans mon travail, j'ai la conduite sportive –même si aujourd'hui, je suis obligé de ralentir à cause des radars – les films d'action, les passions amoureuses ». Les plaisirs accordés par le vécu des sensations fortes, par l'effet passionnel ou la prise de risque représentent le stress, l'énergie qui lui permet d'être plus réveillé et de donner « à l'autre une image qui lui convient ». Quand il est amoureux, il « sait anticiper les désirs », sa vie personnelle n'existe plus, il dépend des souhaits de l'autre, il est toujours d'accord même si les propositions ne lui conviennent pas.

P. Delbrouck (2007) définit la passion amoureuse comme étant le sentiment et l'émotion les plus forts :

« C'est la source de plaisir et de motivation la plus importante. Le sujet passionné alterne bonheur, exaltation, plaisir, manque et angoisse. (...) Sa pensée retourne sans cesse vers son objet d'amour »³⁰⁰.

L'intensité du vécu émotionnel réclame de lui-même la répétition du plaisir vécu. Et l'après-coup ressemble aux pertes aux jeux : « C'était la perte de ma passion, et après un abattement très fort s'en est suivi ». « J'avais tout perdu, j'étais très endetté, j'étais en train de perdre ma

³⁰⁰ Patrick DELBROUCK ; *"Et si l'amour était une drogue douce"*, in La Lettre du Psychiatre, Vol III, N°5-6, mai-juin 2007, p 113

valorisation au travail : je ne pouvais plus me concentrer ». « Je n'avais plus qu'une solution mettre fin à cette déchéance ». Chez Guy, il ne s'agit pas de cumuler des conquêtes, mais d'une répétition d'échecs relationnels : il se sent abandonné et donnerait tout. La difficulté d'attachement peut être observée comme une répercussion d'impossible attachement primaire représentant « sa mère (qui) ne savait pas faire ».

Le « besoin de se brûler les ailes » de Guy est significatif de l'addiction amoureuse où :

« Une addiction suppose que la souffrance l'emporte sur le plaisir. La passion amoureuse destructrice correspond à un comportement addictif avec l'impossibilité répétée de contrôler son comportement et, la passion destructrice, sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives »³⁰¹.

d- Un cas d'addiction sportive

Aux vues de l'article de S. Proia, Y. Morhain et J-P. Martineau³⁰², le surinvestissement sportif est à différencier d'une conduite à risque, il est régi par l'intolérance à l'affect. Nous allons nous servir de la lecture de cet article pour identifier le fonctionnement de **Christophe**. Voici son profil : issu d'une famille d'enseignants et sportifs, Christophe est le dernier d'une fratrie de quatre (10 à 6 ans de plus), il conserve beaucoup d'amertume envers sa famille : il a « l'impression d'avoir 5 parents : trop envahissants, pas moyen d'exister », tous les hommes (sauf l'ainé) font du basket de haut niveau, son père a gagné en coupe du monde en 1970, il n'a qu'une envie : « être meilleur qu'un de ses frères ». Il se reconnaît « assez menteur et manipulateur » pourtant il se sort difficilement de ses mensonges. Retenu pour les championnats, il part faire sport études où il est pensionnaire, il « a la rage, en terminal », quand il doit se faire opérer d'une "mauvaise entorse à la cheville", « période où j'aurais pu m'y mettre à fond », « tout est parti de là » et « après, j'étais celui qui était toujours un peu blessé », et pour l'entraîneur, « il n'y a pas de place pour les blessés », il s'est senti, « abandonné, dévalorisé, son image cassée ». Il part alors intégrer une équipe à Nantes où il ne jouait pas à son niveau – frustration –. Perfectionniste, il se sent toujours insatisfait, ne parle pas aux autres, se met à l'écart et « sa rancœur augmente ». Il est toujours en compétition avec ses frères, il se voit « toujours faire des erreurs ». Cela lui fait alors repenser à la honte qu'il a ressentie (et qu'il vit encore comme un barrage pour une relation plus positive avec ses frères): il a « 7 ans, on faisait un jeu un peu sexuel avec un voisin dans le grenier (lieu de jeu) : nous nous sommes embrassés, et là, j'entends quelqu'un monter, je

³⁰¹ idem

³⁰² "Le surinvestissement sportif : une parade contre l'angoisse de la perte et l'intolérance à l'affect" in Perspective psy, vol 45, n°2, avril-juin 2006, p. 157-165

dis à mon copain de se cacher : le 1^{er} de mes frères rit, je n'ai jamais su ce qu'il pensait, mais ce sentiment qui me reste dans la gorge se renforce toujours », « une fois, mon frère a fait allusion à cette histoire, il y a 6 ans, il pensait que j'étais homosexuel, je n'ai su répondre à part : "ben, non" », « quand ils parlent, ils ont toujours raison, les parents ne parlent qu'à eux, moi, je ne les intéresse pas ». Ses frères ont réussi (couple, enfants, bonne situation professionnelle) et lui a échoué : « peu de copine », « en couple mais insatisfait », « un DEUG en physique chimie mais manutentionnaire en intérim, progression impossible, mise en échec systématique « comme si je n'avais pas le droit de faire quelque chose de bien ». Toute sa vie est construite sur le basket et tout au long de l'entretien, il y revient sans cesse, sa vie ne peut avoir de sens que s'il réussit au basket. Il n'arrive pas à décrire ses émotions et en revient toujours à sa frustration et aux sensations de « défaillance du corps », "l'empêchement de tourner en rond".

Honte et culpabilité s'insèrent dans une violence interne incontrôlable : angoisse désorganisée et somatisation.

« Pour l'addicté, l'affect est spécialement porteur d'angoisse, car renvoyant à une époque marquée par la frustration et l'excitation immaîtrisable face à des figures parentales vacillantes et/ou absentes. Et le dégagement par l'agir empreint des sensations douloureuses de l'effort intensif, permet de se réconcilier avec soi »³⁰³

En payant sa dette et réglant ses comptes en rapport aux figures parentales: l'alexithymie – impossibilité de décrire ses états émotionnels –, qui transparaît dans une histoire de vie où rien ne se dit mais tout doit se faire. Il n'y a pas de place pour l'affectivité, seulement pour l'idéalisation de l'effort physique, de la performance comme « empreinte identitaire pour se défendre contre la menace émotionnelle ». Il s'auto-suffit : le sport vient combler la dépendance à l'Autre et l'appartenance à une équipe à celui de reconnaissance filiale. La désillusion et la négation sont empreintes de douleur (les blessures). Le corps garde la trace d'une culpabilité attaquant l'auto-érotisme même. La restauration narcissique par le truchement du fantasme du héros semble être le but majeur et non l'exaltation des sensations.

1.4. La sublimation :

La citation connue de S. Freud dans « Deuil et mélancolie » : « L'ombre de l'objet tombe sur le moi » caractérise la modification du Moi par les choix d'objets. Les investissements d'objet par le moi sont constitués à partir des identifications. L'identification secondaire relevant de

³⁰³ "Le surinvestissement sportif : une parade contre l'angoisse de la perte et l'intolérance à l'affect" in *Perspective psy*, vol 45, n°2, avril-juin 2006, p. 161

l'identification à l'objet perdu. La sublimation, en tant que destin possible de la pulsion, est le résultat de la transformation de la libido sexuelle en libido narcissique. S. Freud considère dans "la vie sexuelle" (1908) que la capacité de sublimation est

« Cette possibilité de changer le but qui est à l'origine sexuel contre un autre qui n'est plus sexuel mais qui est psychiquement parent avec le premier »³⁰⁴.

La sublimation, qui anime tant d'attention dans ce qu'elle comporte de mystérieux de tout et rien (déssexualisation) à la fois, ne peut que s'approcher de l'angoisse paroxystique.

La sublimation, au service de l'idéalisation (propre au groupe 4 "activité"), entretiendrait la satisfaction d'une excitation pulsionnelle interne. Elle répondrait aux besoins de l'Idéal du Moi à partir de la pulsion d'emprise. S. Freud, en 1929, dans "Malaise dans la civilisation", écrit : « la sublimation conduit à des renoncements associés à des investissements socialement valorisants »³⁰⁵.

L'abréaction incite le sujet soit à renoncer à la vie, soit à une surdétermination à vivre. La surdétermination génère un bouleversement du fonctionnement psychique initial qui remet en question l'ensemble des aménagements défensifs, avec, pour objectif le défi à la mort, défi d'Eros sur Thanatos. Comme si une force surpuissante avait pu le dégager des dangers autodestructeurs. Un sentiment de toute-puissance peut émerger de l'expérience et donner lieu à un "auto-engendrement" héroïque où tout devient possible.

Dans le parcours de vie de **Coco**, chaque vécu « d'angoisse non mesurable » la pousse à tout quitter et tout recommencer (quitte son mari, change d'activité, de lieu de vie ...). Et à chaque fois, pour des expériences « extraordinaires ». Nous pouvons nous poser la question de son agissement en fonction de son passé: n'est-ce pas par angoisse de perte?

1- Rejeter pour ne pas être rejetée, surtout lorsqu'elle dit, avec fierté qu' « aucun (de ses maris) n'a refait sa vie » et que *tous ses hommes* étaient à son chevet aux urgences. 2- Conjuré l'image reçue et rejetante des parents qui la considéraient comme « vicieuse ». Il s'agit pour elle d'une perte narcissique : une réponse au besoin retirée – bonne illustration de déprivation– 3- S'expose à la fierté de son image, au perfectionnisme. Fierté au point de ne pas vouloir que son jeune fils la voit « dans son état ». Elle est intransigeante, ne supporte pas ses limitations fonctionnelles, elle dit choisir ses mots quand elle parle, de façon à ce que son problème d'articulation ne se voit pas (ce qu'elle réalise très bien !). Ses projets sont très créateurs et "grandioses" : quitter Belle-Île (puisque'il le faut), mais retourner à Paris dans un

³⁰⁴ Jean ANSALDI: "*lire LACAN: l'éthique de la psychanalyse*" le séminaire, livre VII, les éditions du champ social, Nîmes, 1998, p49

³⁰⁵ Idem, p 52

appartement de luxe avec vue sur les arbres : indispensables ! Son imagination « rempli son vide » (elle donne également l'exemple de recettes de cuisine qu'elle crée mentalement). Ceci montre un fort besoin de reconnaissance sociale à la fois pour conjurer les influences néfastes des parents et disposer d'une manière favorable d'une "puissance narcissique" en se convaincant du caractère non fondé de la dévalorisation parentale par ses capacités de prise de décision et ses réalisations. Elle renforce son Idéal du Moi par le sentiment de maîtrise et de contrôle de sa vie— en affermissant les forces du Surmoi – pour masquer ses angoisses de perte, de rejet et d'abandon.

La sublimation rend compte d'un lien avec le narcissisme dans son surinvestissement du perceptif.

1.5. Conclusion sur le fonctionnement psychopathologique de l'angoisse paroxystique

La confrontation de la modélisation avec l'expérimentation permet de mettre en évidence un fonctionnement psychopathologique spécifique du processus de l'angoisse paroxystique.

Du structurel à l'a-structurel :

L'angoisse paroxystique est a-structurelle dans la mesure où les notions de structures, lors de l'étude, n'apparaissent qu'en tant que métaphore du processus : effet rebond de quelque chose toujours en tension de la plus grande contenance à la plus petite et cela à l'infini, donc en tant que modalité de contenance – d'une opération qui fait passer d'une contenance à une in-contenance—.

1.5.1. Un même processus pour un aménagement défensif multiple correspondant à la modélisation

Le fonctionnement spécifique à chacun des groupes prend deux formes.

- L'épuisement vital :

Il est intéressant de constater qu'aucun des patients de NDL ne parle d'épuisement, de fatigue insurmontable, mis à part le cas de Sylvie que nous venons d'illustrer. Alors que cette plainte est fréquente au CHGR – nous avons pris le cas de Geneviève pour l'illustrer –. Il exprime plus une sensation de "faiblesse généralisée" suscitant un besoin "vital" d'hospitalisation. De fait pour les patients de NDL, la demande d'hospitalisation n'est pas nécessaire puisqu'« obligatoire ». Geneviève du groupe 1 passif, dans sa "résignation" semble s'éteindre

doucement, tandis qu'à l'opposé Sylvie du groupe 4, dans son activité fuit le foyer pour une "stimulation" rééducative. Mais l'une et l'autre sont en attente d'attention de la part d'autrui.

- Le « vide »

Dans notre paragraphe consacré à la fonction contenant : la distinction entre les modes actifs et passifs apparaît clairement. Dans les cas repris pour cette partie, nous avons :

Bleu, Danièle, Jérôme qui, dans leur fonctionnement passif subissent le manque comme une fatalité : le vécu de perte est exprimé soit dans une « belle indifférence », ou comme conséquence. Contrairement à Béatrice, Coco, Guy, Sylvie, Nicolas qui luttent contre le vide et fuient dans une quête ininterrompue de présence. Ce qui explique que le fonctionnement actif est encore prépondérant dans l'expression de la dépendance et des addictions chez les sujets en quête de rencontrer l'autre pour exister : groupe 1 actif : Nolan et Nicolas, groupe 2 actif : Nono et Christophe, groupe 4 actif : Sylvie et Guy.

Du côté du comportement ordalique associé aux addictions (alcool ici) : l'isolement dans la destructivité appelle à la compassion. Et la culpabilité de l'effondrement psychosomatique, dans son mode œdipien de conflictualité interne amour/haine, appelle au pardon : on se trouve du côté de la dette psychologique, « contrainte par le corps » que définit le terme d'addiction. L'association des addictions dans la recherche de sensation, à l'opposé, cherche la reconnaissance d'une supériorité et oriente vers la sublimation comme "extrapolation sensorielle". Coco est l'exemple choisi pour montrer comment la sublimation peut dépasser un dépassement excessif dans la lutte contre l'angoisse. Même dans ses aménagements défensifs, Coco ne peut vivre que dans l'intensité maximum pour se sentir vivante.

1.5.2. Identification de la spécificité du processus d'angoisse paroxystique

Il prend deux formes:

1- L'impossible apaisement : une angoisse archaïque

Une angoisse archaïque profonde apparaît chez les sujets. L'archaïque, au sens défini par A. Green, c'est-à-dire comme « une confusion entre le désir, son objet et le Moi » ou encore au sens de D-W. Winnicott: les enfants où le "holding" était défaillant ou insuffisant ont

« en eux l'expérience d'une angoisse impensable ou archaïque. Ils savent ce que c'est que d'être dans un état de confusion aiguë où ils connaissent l'angoisse disséquante (agony) de la désintégration. Ils savent ce que c'est que d'être lâchés,

de tomber à jamais ou de se sentir clivés dans la dissociation psychosomatique »³⁰⁶.

L'autoconservation du sujet est mise à rude épreuve dans un fonctionnement psychique portant aux limites du Moi les pulsions destructives : soit dans le corps – limite dedans/dehors : investissement libidinal –, soit dans l'agir : décharge "hors-psyché" dans la réalité extérieure, l'acte remédiant à l'absence de construction psychique (travail de liaison) et venant effacer l'angoisse d'anéantissement par une déliaison massive, expulsant la réalité psychique au dehors.

2- Une angoisse a-structurelle :

Nous pouvons remarquer que la désorganisation dans le fonctionnement psychopathologique de l'angoisse paroxystique est d'abord de type névrotique ou psychosomatique. Chacun des groupes peut décrire un type névrotique particulier.

Groupe 1 : La névrose traumatique est significative d'une mise en danger de la pulsion d'autoconservation, névrose traumatique qui se « rattache si fréquemment à un danger pour la vie, auquel on a survécu, comme une conséquence directe de l'angoisse pour la vie ou angoisse de mort, avec mise à l'écart des relations de dépendance du Moi et de la castration »³⁰⁷.

Groupe 2 : La névrose obsessionnelle marque cette prépondérance de la pensée sur l'action, lors des "cogitations", les mécanismes d'obsession et de compulsions peuvent apparaître. L'obsessionnel, – comme nous l'avons précisé dans notre chapitre sur l'emprise p215 – veut capter le désir de l'autre.

Groupe 3 : Les mécanismes d'autopunition et de révolte sont assez caractéristiques d'une névrose de contrainte³⁰⁸, dans ce sens où la culpabilité inconsciente devient le résultat d'un combat intérieur entre le Ça et le Surmoi, intransigeance condamnant le sujet à « une série de symptômes, actions de pénitence, restrictions visant à l'autopunition »³⁰⁹.

Groupe 4 : Les dispositions mentales d'autopunition et d'activité représentent un mécanisme de retournement contre soi-même – cas particulier du "renversement dans le contraire" – qui

³⁰⁶ D.W. WINNICOTT ; « la crainte de l'effondrement et autres situations cliniques », Editions Gallimard, Paris, 2000 (pour la traduction), (1989), p 188

³⁰⁷ S. FREUD,(1926) *"Inhibition, symptômes et angoisse"*, PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002, p 43

³⁰⁸ La névrose obsessionnelle est une névrose de contrainte, mais ici nous les différencions de manière à souligner pour la première l'activité intense de la cogitation pouvant atteindre une forme de manipulation inconsciente de l'autre (versant plus pervers) et pour la 2^{ème} nous portons plus précisément l'attention sur "la contrainte" significative du mode inhibitoire.

³⁰⁹ S. FREUD,(1926) *"Inhibition, symptômes et angoisse"*, PUF Quadrige, 5^{ème} édition, Paris, 1993, 2002, p 33

est considéré par S. Freud comme mécanisme appartenant à la névrose d'échec. Nous pouvons retrouver dans la honte l'expression de l'exigence surmoïque et le Moi Idéal. La désorganisation psychique, qu'entraîne la honte, provient de la fragilité du pare-excitation des relations primaires qui ont généré la réalisation des effractions agressives.

Cependant la forme que prend l'angoisse peut être reconnue dans des fonctionnements limites lors de l'émergence de l'angoisse paroxystique.

« Si on n'est pas dans la psychose, on est évidemment au niveau d'un d'a ensemble des états limites » (Green par Balier dans « la violence en abyme »)

Une place au sein des pathologies limites peut être accordée à l'angoisse paroxystique, dans le sens où les états limites sont abordés par leur versant névrotique, versant qui tend, par le narcissisme, à se diriger vers la psychose (échec ou défense massive contre la déstructuration psychotique).

Les analyses montrent des désorganisations de type dépressif entraînant le sujet de sa perte d'objet vers sa propre perte. L'investissement narcissique entraîne une régression, sans pour autant assimiler cette régression à un état mélancolique mais significatif d'un effondrement et d'une régression jusqu'à l'inorganique et par conséquent mortifère.

Nous pouvons ainsi placer la problématique narcissique au carrefour d'où émerge l'angoisse paroxystique qui peut laisser apparaître : 1- tant des symptômes névrotiques du même type que ceux découverts dans les névroses dites actuelles – tels que les somatisations et les résurgences des traumatismes archaïques – 2- que des comportements limites – tels que les comportements à risques, les addictions–.

Les traumatismes de perte, de solitude sont dominants dans les entretiens. Et les liens avec les dépendances affectives et les addictions sont faciles à assembler.

Réinstaurer la fonction contenante favoriserait une abréaction car elle permettrait de : 1- Dissoudre le refoulé au profit d'une appropriation ou réappropriation de l'individualité (du self). 2- Restaurer le pare excitation et faciliter les actions créatrices dans le soin.

2. La destruction en œuvre

2.1 Analyse en acte

2.2 Résolution par l'acte ?

2.3 Conclusion

Les mises en actes de l'angoisse paroxystique amènent à considérer la 2^{ème} hypothèse :

Il existe un mouvement psycho dynamique particulier dans l'agir, le geste, une fuite comme tentative de réduction des tensions internes.

2.1. Analyse de l'acte

2.1.1 Le pré-acte

2.1.2 L'action de la déliaison : la crise

Peut-on repérer la nécessité du "recours à l'acte"?

Le recours à l'acte peut se présenter sous la forme "organique", par "défragmentation", "explosion" interne. Cette mise en acte peut apparaître, par exemple, sous la forme d'AVC comme décompensation somatique.

L'acte surgit lorsque le sujet se sent dans l'incapacité de réagir aux événements par ses aménagements défensifs habituels.

Il peut survenir après accumulation de tensions pour lesquelles le sujet se sent de plus en plus impuissant, vulnérable et où l'angoisse augmente à son paroxysme : le fonctionnement interne se désorganise, la pulsion de destruction anéantit le sujet et "le désagrège".

Il peut revêtir une forme plus impulsive : le désespoir et l'impuissance activent de manière massive la progression destructurante, l'angoisse paroxystique envahit l'intégrité du sujet comme une « implosion » (décharge massive que l'on découvre dans les situations de coma) ou sous un mode résolutoire d'extraction du Moi (TS : apaisement procuré par la décision : l'ultime solution).

2.1.1. Le pré-acte :

Impulsif :

L'impulsivité met à jour la décharge pulsionnelle dans le sens d'une évacuation des tensions excessives sur le mode du passage à l'acte.

1- La conflictualité est insoutenable et sans solution, la mise en acte devient la seule réponse possible : **Nicolas** n'a « pas d'autres issues », « ne sait plus quoi faire », l'acte vient là où la parole n'a pas abouti « elle ne voulait rien entendre ».

2- il s'agit d'un comportement incontrôlable et dépersonnalisation, comme le décrit **Florian** : « quand je les ai pris (les médicaments), j'étais encore dans la colère, j'en avais ras le bol », « je ne me contrôlais plus, c'était insupportable, ça ne pouvait plus continuer », « j'étais encore trahi, on s'est moqué encore de moi » et « ça s'est passé comme si je l'ai fait et ne voulait pas le faire » : cette dépersonnalisation représente bien une situation de recours à l'acte avec un réinvestissement massif de trauma archaïque. Le vécu est moins apaisant : « j'étais liquéfié », « plus de force, les yeux qui se fermaient : pensais plus à rien ». De même que **Marylène** : « comme si ce n'était plus moi : j'étais calme et déterminée ... et toujours cette phrase qui me revient sans cesse », l'utilisation du présent pour spécifier la rumination de la phrase de l'ex-mari « je n'ai rien à foutre de toi », montre la non résolution, le versant inachevé; d'ailleurs, elle était prête à renouveler son geste si elle n'avait pas rencontré son ami. Ruminations toute l'après-midi et le soir, période vécue comme « un grand trou noir ». La détermination est décrite dans la préparation : « elle nettoie sa maison de fond en comble, vers minuit, prend les comprimés », elle ne se souvient pas avoir appelé sa fille, écrit une lettre d'adieu et préparé sa robe pour la sépulture.

Pour **Patrick**, il s'agit plutôt d'idéations suicidaires mais parle de suicide « dans son intention », une « tentation au suicide », comme si le fait de ne pas pouvoir le faire au moment (s'est évanoui avant) est insupportable et réactive l'angoisse. Il est désespéré après la consultation avec son spécialiste : ses paroles l'ont figé. Lors du bilan médical, le médecin lui dit qu'il est au plus bas et ne lui donne pas plus de 6 mois à 1an ½ dans des souffrances terribles. Il est plongé alors dans des sentiments de déréalisation, et de dépersonnalisation : comme un automate, dans une certaine extériorité de soi, puis s'évanouit avec cette sensation de connaître l'existence du fait de « mourir de peur ».

Tous les trois sont poussés à l'acte par la parole de l'autre.

Abir, elle, se regarde de l'extérieur et se voit dans l'autodestruction.

Réfléchi :

Lorsque la décision est prise, l'apaisement est décrit par tous les sujets ayant "prémédités" leur acte. Soulagement de ne plus être envahi par les questions du lendemain : « on devrait toujours vivre comme si le lendemain n'existait pas » dira **Emilie**. Cette "jouissance" peut conduire à la répétition, l'acte est vécu comme inachevé.

Mais également comme préméditation "agressive", **Danièle** dira: « l'angoisse était tellement forte le soir », « que ça ne pouvait plus durer », « je dois faire quelque chose » : durant les 15 jours précédant son acte, elle vérifie la régularité des heures de passage du train. La préméditation de l'acte est vécue dans la colère que "l'Autre ne voit rien" : ni la femme médecin, ni ses filles malgré "toute la mise en scène" (appel aux femmes comme appel ultime à la mère manquante : relation fusionnelle avec sa mère, elle la voyait tous les jours, elle est décédée lorsqu'elle n'a pas pu s'occuper d'elle): « je n'ouvrais plus mes volets, je restais couchée, je ne m'habillais plus » et « j'avais beau lui dire que j'étais mal et que je voulais être hospitalisée », et malgré tout : « ni mes filles, ni le médecin ne voyaient rien ».

Ou encore pour mettre fin à la culpabilité. Chez **Guy**, la mort est un mode de résolution de l'échec dans un versant actif – à l'opposé de Gurvan par exemple où le versant passif aboutit à un "effacement" par la voie de la somatisation-. Les circonstances sont les pertes affectives et matérielles : sentiment de « déchéance totale », « tout perdu ». Avant de prendre sa décision, il avait un sentiment d'épuisement : « je me trainais », « je ruminais toute la journée, j'avais des idées noires, je ne dormais plus ». Son état émotionnel : « j'étais pris à la gorge, pas d'autre issue. Quand j'ai pris la décision : j'avais toute ma tête, mon esprit était clair, d'ailleurs, j'ai tout expliqué clairement et posément à mon ex-femme, j'étais décidé : là, pour le coup, je ressentais une certaine satisfaction : je ne sais pas comment expliquer ». « Face à cette angoisse totale, je n'avais pas d'autres solutions que la TS en avalant 250/300 comprimés (somnifères, antidépresseurs, anxiolytiques et ce qu'il avait sous la main ».

2.1.2. L'action de la déliaison: la crise

Nous retrouvons l'action de la déliaison sous divers aspects:

- a- L'angoisse de mort dans les agirs
- b- L'acte de mutilation comme résolution de l'angoisse d'effacement
- c- La douleur : déliaison dans le corps propre
- d- L'accès violent comme mise en acte
- e- L'AVC et le coma : significatifs d'un mode de déliaison
 - i. Les pathologies cardio-vasculaires et "l'agressivité contenue"
 - ii. Les expériences comateuses

C. Balier présente tout l'aspect pulsionnel et hors-psyché du « recours à l'acte », comme un mécanisme purement économique permettant une décharge pulsionnelle massive et :

« Qui, par sa violence, sa soudaineté, sa répétition à l'encontre parfois de la volonté de son auteur, semble se substituer complètement à la pensée »³¹⁰.

L'agir n'entraîne pas chez le sujet le clivage du moi mais est supporté par le refoulement qui génère une sorte de clivage d'objet. L'agir court-circuite la déliaison psychique, constitue un mouvement de fuite – donc une action –, d'un danger intérieur où le sujet se trouve buter à « sortir de soi » pour se dégager d'une angoisse intolérable qui apparaît sous la forme d'une douleur intolérable. Quelle qu'en soit, la douleur de l'angoisse paroxystique apparaît toujours sous la forme de symptôme, de douleur inscrite dans le corps : le corps devient la scène où se joue le conflit. Le conflit peut prendre la forme d'une métaphore : un combat à mort. Le vainqueur peut être cette partie du Moi qui s'en sort : ce bénéfice de la vie qui réapparaît sous forme d'auto engendrement, remise à zéro, effacement des culpabilités mais parfois également au prix d'un éternel recommencement.

Nous pouvons mettre en parallèle ce désir de fuite "hors-Moi" et le sentiment de vide, le vide qui aspire, au sens phobique (et au sens de la phobie "originale" de C. Balier) : le vertige où domine la peur de ne pas contrôler ce sentiment d'attirance, de fascination pour le vide, ce vide qui rappelle l'effroi « du tunnel du monde des morts » de la mythologie, la poussée irréversible qui rend la mort imminente, l'analogon du néant. L'anéantissement hors psyché : le sujet se conçoit comme non-être, réduit à rien et appelle à la disparition. C'est là encore un point de rencontre au côté du narcissisme : la défaillance narcissique où la séparation d'avec l'objet est significatif, pour le sujet, d'un abandon. Le sentiment d'abandon ramène le sujet au cœur de la carence narcissique et si le sujet ressent le cadre contenant (espace transitionnel) disparaître en même temps que l'objet, l'existence même du sujet est remise en question, il se sent menacé d'effondrement, de disparition. Et nous pouvons supposer que le sentiment de déréalisation et/ou de dépersonnalisation qui dissocie le sujet de son acte, ce qui le place dans un agir "hors-psyché", "hors mentalisation", décrit une de ses formes. Le clivage d'objet rend compte de ce désir de fuir : une « mise en acte » (Laplanche et Pontalis) en réaction à un contenu psychique inconscient porté par le refoulement.

³¹⁰ C. BALIER : *"la violence en abyme"*, PUF, Paris, 2005, p75

- L'angoisse de mort dans les agirs:

Le choix pour la mort : désir narcissique et désir névrotique :

Par crainte de la mort psychique, le sujet développera, selon R. Roussillon, une défense qui « consistera à se tuer pour ne pas être anéanti ». L'espérance de mort pour le sujet peut apparaître autant dans l'acte suicidaire que dans l'effondrement psychocorporel. P. Marty distingue l'angoisse de mort : une angoisse devant la non représentabilité de soi mort et l'angoisse de morcellement :

« L'angoisse devant la pulsion qui vient faire effraction de la conscience d'où la nécessité de réprimer un certain nombre de représentations qui arrivent et qui, à mon sens sont surtout des représentations agressives »³¹¹.

Selon S. Freud,

« La maladie devient fréquemment entre les mains du surmoi le moyen de punir le moi, de le faire souffrir. Le malade est alors obligé de se comporter comme un coupable ayant besoin de la maladie pour expier son crime »³¹²

1- Elle peut se poser du côté narcissique en tant que fantasme porteur de la honte : il s'agit alors de « quitter la scène ».

Par ex : **Patrick**, sidéen, tente d'échapper à l'angoisse d'une mort lente, certaine et promise à la souffrance. Dans un 1^{er} temps : il choisit de « ne pas suivre le traitement et le temps fera son effet », l'autopunition par passivité est construite à partir du sentiment de vie intolérable, l'angoisse de la maladie est permanente et est vécue comme un « châtiment ». A l'époque, parler du sida est encore tabou, il ne met personne au courant mais la maladie est découverte par un ami qui découvre les enveloppes du traitement dans la poubelle. Dans un 2^{ème} temps, dans son environnement amical des amis décèdent de la maladie, lui-même accompagne un ami en fin de vie à l'hôpital et discerne l'atrocité des souffrances : il ne veut pas en arriver là. Dans un 3^{ème} temps, lors d'un bilan médical, le médecin lui « donne 6 mois à 1an ½ dans des souffrances terribles », il sort de la consultation « à demi-conscient », et avec une seule idée en tête « se suicider en sautant du pont à proximité ». A ce moment là, il rencontre un ami mais ne peut lui parler et fait un malaise, c'est cette angoisse démesurée qui l'a envoyé aux urgences et sauvé. Il n'avait alors plus de repères : il n'a pas « pu » faire sa TS, « mais aurait pu en mourir », « je sais ce que c'est que de mourir de peur ». L'effondrement somatique

³¹¹ P. MARTY et N. NICOLAÏDIS, "*Psychosomatique : pensée vivante*", Perspectives psychanalytiques, L'esprit du temps, Bordeaux-Le-Bouscat, 1996, p26

³¹² A.HESNARD et R.LAFORGE : "*Les processus d'auto-punition en psychologie des névroses et des psychoses, en psychologie criminelle et en psychologie générale*", L'Harmattan, 1930, 2001, p 9

apparaît dans l'amaigrissement : il « perd du poids mais mange bien chez sa mère », perd ses forces musculaires, son esprit est confus (confusion de dates, ...).

2- Si le désir est soutenu par la culpabilité : c'est l'Autre qui condamne le sujet à "se tuer" ou "payer sa dette" par son corps.

Par ex : **Emilie** n'en sort pas de sa culpabilité envers sa famille et paie de son corps en se sentant tenaillée par l'angoisse dans son corps sans pouvoir décrire ce qu'elle ressent. Elle est en effet rejetée par sa famille qui n'a pas supporté ni accepté sa crise d'adolescence et dont elle ressent (au moment de l'acte) toujours le ressentiment, également par son frère, son aîné de 10 ans. Elle vivra plusieurs fois ce « rejet » familial parce qu'elle « n'était pas gentille, dure ... », elle « leur a fait du mal ».

Chez **Marie**, l'hospitalisation lui permet de communiquer le mal être jamais exprimé auparavant. Au début, elle n'avait pas de droit d'appeler chez elle, n'avait du temps à consacrer que pour elle, d'autant qu'elle a du mal à accepter de laisser sa famille mais « plus bonne à rien, ne peut plus assurer, laisse sa mère tout faire ». Elle se répétait : « il faut que tu sois forte » et « que je résiste de vouloir me tuer », « la TS, je ne pensais qu'à ça pour mettre fin à mon calvaire : ce n'est que pour mes enfants que j'ai supporté. ». Sa hantise est de ne pas pouvoir se réveiller le lendemain matin, mourir dans la nuit, elle avait l'impression de tituber. L'ambivalence entre le désir de mort et l'angoisse de mort s'exprime fortement chez Marie.

L'acte de mutilation comme résolution de l'angoisse d'effacement

Le cas **d'Abir** (2 fois doctorante en lettres) montre à la fois la difficulté que le sujet rencontre dans la symbolisation, la mise en mot de son angoisse "sans représentation" et sa lutte pour exister pour l'Autre, réitérer sa place de sujet, son identité. J-L. Venisse décrit l'automutilation à répétition comme résultat d'une perturbation de l'identité. C. Chabert (2000) associe les scarifications à la peur de perdre l'amour de l'objet. Sa douleur devient un signe de survie. Elle passe du désir de « dire non à cette vie injuste, je la quitte, et donne ma place » (TS), – nous pouvons percevoir ici également la place de l'autre – au désir de vivre, dans le sens de "prendre existence pour" : elle est déchirée à chaque fois par le "manque de l'Autre". Le manque devient le "vide" angoissant. La satisfaction inconsciente de ses actes d'automutilation est "la trace" de sa survie et de son autodestruction pour parer sa culpabilité : elle se condamne, au sens du droit romain où "l'addiction" signifie: « s'infliger une contrainte par le corps pour dette ». Pour elle, son angoisse se situe entre l'effroi "qui fige" et l'angoisse d'anéantissement.

Sa description du processus de « sa crise » révèle clairement le mouvement pulsionnel de l'angoisse paroxystique :

« Je ressens une pulsion qui remonte, de plus en plus intense : je ne trouve pas d'autre moyen pour l'apaiser : pas de mot, pas de parole, je n'y arrive pas, je ne peux pas bouger : ni demander de l'aide, rien » : PRE-ACTE. L'impossibilité de surmonter l'ampleur de l'excitation pulsionnelle, une stimulation qui fige et bloque toute fuite, toute capacité de penser – d'élaborer psychiquement –.

« Lorsque je me scarifie, je ne sens rien, je n'ai pas mal : je ressens un grand soulagement au contraire, ça m'apaise » : ACTE. L'acte est vécu comme l'accession à la jouissance : moment où l'angoisse rejoint l'orgasme.

Quand l'angoisse est tombée : « C'est à ce moment là où je vois le sang qui coule, je le regarde et juste à ce moment là, quand je me sens apaisée : je sens la douleur » : RESOLUTION DE L'ACTE. Il s'agit du retour au réel, le Moi accède à nouveau à la réalité extérieure.

« Et je regrette, j'abîme mon corps : regardez, je n'ose plus mettre des vêtements à manche courtes » : POST-ACTE. La trace corporelle devient l'empreinte traumatique, le rappel insupportable du passage de l'angoisse.

C'est à ce moment là qu'elle va voir les infirmières pour se faire soigner, elle a dû recevoir souvent des soins dont plusieurs fois des points de sutures.

« J'ai envie de m'en sortir aujourd'hui ». APRES-COUP

La pulsion qu'elle sent émerger et grandir dans la séquence « pré-acte » décrit la nécessité d'une décharge pulsionnelle, cette séquence est purement économique et illustre le mode de la pulsion de mort. Ce qui tendrait à expliquer le manque de symbolisation durant ce moment de déliaison. Balier évoque la répétition de l'acte, malgré la souffrance ressentie, par l'effet de déliaison avec la libido lors de la destructivité par la pulsion de mort. L'attaque sur son propre corps montre la dimension masochiste. Mais la mise en échec et l'auto destruction caractérisent son sentiment de culpabilité, et sa "haine pour l'autre" (ses parents) se renverse en "haine pour soi". L'automutilation va venir exprimer la souffrance psychique et mobiliser l'excès pulsionnel sous la forme d'un auto-érotisme destructeur : auto-érotisme substituant la mère absente, qui va réunifier le risque de morcellement corporel par la conjuration d'un effondrement corporel. La jouissance corporelle, comme saisissement d'un éprouvé hors-psyché, qui permet d'occulter le manque d'objet et l'aliénation au désir de l'autre, c'est une manière de revenir sur l'originnaire.

Le lien avec sa recherche de l'Autre : c'est le point de rencontre avec le trauma originaire, la quête de l'objet manquant qui alimente le surcroît d'excitation : échec de l'hallucination négatif (A. Green).

La douleur : déliaison dans le corps propre

La désorganisation corporelle permet au sujet de déverser le surplus d'excitation aux limites du Moi et devient révélatrice de la destructuration psychique.

Le processus d'autopunition en œuvre dans l'autodestruction, c'est :

« se punir dans son corps jusqu'à ce que celui-ci devienne le lieu non plus, de retentissements neurovégétatifs fonctionnels et atténués, tels que le spasme ou l'atonie de la musculature lisse (...). L'aspiration inconsciente à la mort dépasserait ainsi le plan purement psychique et se réaliserait réellement, objectivement sur le plan profondément organique en s'enfonçant dans l'intimité structurale, (...), et qui irait du sadomasochisme silencieux vers l'autodestruction tissulaire et vers la mort, organique ou totale de l'être. Elle réaliserait l'utilisation de la maladie comme érotisme de crainte, d'angoisse et de souffrances, et plus encore, utiliserait la maladie en tant qu'intermédiaire. »³¹³

Le cas de **Geneviève** : toute la décharge pulsionnelle et l'attention se cristallisent sur le corps et vient occulter la réalité traumatique, l'exemple du fonctionnement psychique en est donné lors du décès brutal du père : la « belle indifférence » du trauma « ça allait, je pensais à mes frères et sœurs », et révélateur d'une réminiscence oedipienne « pourvue que ma mère ne se remarie pas ». Le positionnement passif et le fonctionnement résigné montre le sentiment d'impuissance pour résoudre les "difficultés de la vie", toute l'énergie est mise en faveur du déni, de la restriction du désir. L'affect délié constituant son insécurité cherche à se lier dans le corps, cette liaison partielle et imparfaite rassure d'un risque de désintrication, le risque "d'effondrement psychique" devient risque "d'effondrement corporel". « L'insupportable » de la douleur exprimée par Geneviève est révélatrice d'une angoisse de désorganisation somatique, poussée par la pulsion de mort, destructrice et mortelle. Elle ne peut exprimer sa souffrance psychique par un autre moyen que sa douleur, « souffrir est la voie nécessaire d'accès à la mentalisation, à la représentation »³¹⁴ (C. Balier). Les symptômes viennent lier et abrégier le traumatisme.

³¹³ A. HESNARD et R. LAFORGE, *"Les processus d'auto-punition en psychologie des névroses et des psychoses, en psychologie criminelle et en pathologie générale"*, 1930, L'Harmattan, Paris, 2001, p78

³¹⁴ C. BALIER : *"la violence en abyme"*, PUF, Paris, 2005, p153

Mars, à 45 ans, cumule hernies et algodystrophie : il se fracture deux vertèbres simplement en se levant de son canapé. En 4 ans, sa mobilité est réduite, son corps « ne suit plus », il est « empêché » de faire tout ce qui lui fait plaisir. Ses limitations fonctionnelles commencent lorsqu'il a connaissance d'un secret de famille qui détruit ses « racines ». Il est « cassé » par les assistantes sociales qui ont décidés de son destin par deux fois. La 1^{ère} fois, lorsqu'il avait 2 ans, au décès du père, une assistance sociale a retiré les enfants à la mère et a séparé la fratrie (13): 6 sont élevés dans la même famille d'accueil, se voient plus fréquemment : une des sœurs partie à Paris reste proche et les autres deviennent des étrangers. La seconde fois, l'assistante sociale l'a obligé à faire un CAP maçonnerie alors qu'il voulait être menuisier, détruisant ainsi ses rêves. De fait, il est en train de « se casser » le dos. Chez Mars, l'implosion, la déflagration sont constatées en même temps que la résignation. Il en est de même dans son comportement avec son ex-femme, il reste seul, se cache lorsqu'il a une liaison dans l'évitement de conflit avec elle, « pour ne pas faire d'histoire ».

Pour P. Marty, la prépondérance de l'instinct de mort sur l'instinct de vie désorganise la personnalité et la « structuration originale », elle résulterait des traumatismes de la perte de l'objet et entraîne une dépression dite « essentielle » avec de graves conséquences somatiques. La décharge pulsionnelle « vide le Moi de tout son investissement narcissique » (M. de M'Uzan).

La contrainte "morale" génère la contrainte physique comme expression de l'insupportable, comme **Hervé, Sylvie** ne supporte plus la domination excessive de son conjoint. La signification psychosomatique classique du mal de dos : "en avoir plein le dos" trouve tout son sens dans l'histoire de vie de Sylvie qui « ne peut poursuivre sa fugue faute de moyens », « ne peut plus jouer » (addiction au jeu) ... et « ne peut plus bouger », « est clouée au lit » et « ne veut plus être contrainte à faire les tâches ménagères ». Elle se sent aliénée au mari en opposition au sentiment de toute-puissance ressentie lorsqu'elle joue.

L'accès violent comme mise en acte :

Nous pouvons retrouver le caractère agressif dans l'acte en tant qu'interpellation de l'autre, de la même manière qu'Astrid Hirschelmann-Ambrosi définit la dangerosité de l'acte :

« Entre agressivité comme tendance et l'agression comme acte effectif, l'étroit passage à franchir est le danger. Le temps pendant lequel les êtres s'y trouvent engagés, représente la dynamique de la dangerosité. Elle est précédée d'une phase d'alarme, appelé en psychanalyse *acting-out*, qui suppose une interaction entre individus dont la vocation est d'émettre des signes en direction de l'entourage. Ce

sont ces derniers qu'il s'agit de dégager, de définir dans la réalité concrète et d'évaluer au regard de leur portée objective »³¹⁵

Chez **Hervé**, l'emprise de sa femme vient remplacer la position dominante, pourtant repoussée de sa mère et déclenche chez lui un accès de violence qui vient exprimer toute l'ampleur d'une douleur morale contenue en lui depuis des années. Déjà à l'école, il était le « bouc émissaire », il subit la domination des autres. Il ne supporte plus la contrainte permanente de sa femme qu'il avait pourtant choisi parce qu'elle était « plus jeune, fragile » et qu'il pouvait « se sentir protecteur ». Elle lui dicte tout ce qu'il doit faire et ne supporte pas le voir ne rien faire. L'acte – destruction matérielle et violence – vient là "où la parole a fait défaut" : il n'a rien dit lorsque son chef l'a remis à son ancien poste (dévalorisation), pas plus qu'à sa femme, il devient « incontrôlable » et « a envie de tout casser », et jette tout ce qu'il saisit. Durant l'hospitalisation : il a eu « une ou deux crises et a dû être placé en chambre d'isolement : il avait envie de tout casser, « je n'étais pas écouté », « il fallait qu'ils m'écoutent, je voulais dominer la situation ».

L'AVC et le coma : significatifs d'un mode de déliaison

→ **Les pathologies cardio-vasculaires et "l'agressivité contenue"**

→ **Les expériences comateuses**

En parallèle de la distinction entre l'épilepsie symptomatique et l'épilepsie dite "essentielle" ou "affective", peut-on différencier un coma résultant d'une lésion organique d'un coma "affectif" ? Lucien Méleze décrit la crise d'épilepsie "essentielle" comme représentant

« L'assomption de la violence retournée contre soi, avec disparition de toute représentation. Ce serait le paradigme du "recours à l'acte", celui-ci ayant valeur d'extrême destructivité pour abolir toutes pensées »³¹⁶.

→ **Les pathologies cardio-vasculaires et "l'agressivité contenue"**³¹⁷

S.M. Consoli rend manifeste les concordances entre les comportements de rétention de l'agressivité, d'évitement de conflits et les déclenchements de pathologie cardio-vasculaires. L'inhibition de l'action est probante chez ses sujets. Les tendances des sujets à :

³¹⁵ A. HIRSCHELMANN-AMBROSI : "Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie", L'Harmattan, Paris, 2003, p62

³¹⁶ C. BALIER : "la violence en abyme", PUF, 2005, p82

³¹⁷ Terme utilisé par S.M. CONSOLI. De nombreux articles ont été publiés par S.M. CONSOLI sur les rapprochements entre : médecine psychosomatique et pathologies cardio-vasculaires, dépression et pathologie cardio-vasculaires, stress et pathologies cardio-vasculaires.

« réprimer, plus généralement, toute émotion (tendre ou hostile) pouvant les mettre dans une position de dépendance infantile, position vécue à la fois comme infériorisante et humiliante »³¹⁸.

La pression artérielle résulterait de la réactivité émotionnelle et le besoin de maîtrise, de lutte active contre toute dépendance et toute "menace" dépressive. S-M. Consoli (1989) fait remarquer que ces sujets manquent de souplesse fantasmatique pour rendre possible un « travail de liaison » entre la charge agressive et les représentations capables de la figurer et de la contenir.

Gurvan symbolise cette rétention, cette agression contenue sous la forme de résignation, d'acceptation en intégrant une posture de satisfaction pour une vie routinière tout en exprimant ses regrets et son sentiment d'échec professionnel. Il veut montrer que c'est lui, en tant qu'homme qui dirigeait la vie de famille – choix de lieu de vacances, place prédominante pour son activité sportive ... – alors qu'il montre un comportement, au contraire de forte dépendance envers sa femme, et suggère – par sa fierté pour la place professionnelle de sa femme – la place dominante de sa femme. L'AVC représente-t-il l'essoufflement de la vie ou l'abaissement des tensions jusqu'à l'effacement ? Pour Gurvan, l'auto-effacement – par effet de la pulsion de mort – viendrait résoudre son sentiment d'échec, d'auto-dévalorisation. En effet, de l'entretien émerge un profond sentiment d'infériorité au sein d'une famille « qui réussit socialement ». Sa dépendance envers sa mère s'est projetée vers la dépendance de sa femme : durant l'hospitalisation, il attend que sa femme vienne, il ne côtoie personne, reste dans sa chambre, sa femme mange avec lui et lorsqu'elle part, il ne peut contenir ses larmes, il vit la séparation comme un " arrachement ". L'anéantissement du « fil » qui retient sa fierté : après l'échec professionnel viennent les problèmes de santé qui « l'empêchent » de faire du tennis, sport qu'il partageait avec des « médecins, .. » et qui compensait son sentiment d'infériorité. Il souffre de diabète depuis 2 ans ce qui a généré un changement radical de vie : avant il faisait du sport 2 à 3 fois par semaine. Il ne peut plus faire de tennis depuis 2 ans, il était classé 32^{ème}. Il jouait avec des copains (dont un est médecin à NDL (très valorisant pour lui)). Les relations aujourd'hui ont changé, son environnement amical se réduit surtout à un collègue du collège qui travaille avec lui. Il sublime alors « sa vie d'avant » et son image : « j'ai une maison », « je pars en vacances : aucune pression, en vacances. J'habite à 500m du collège où je travaille depuis 18 ans: le rêve! », et « je n'avais aucun problème sexuel ni rien

³¹⁸ S.M. CONSOLI : "Approche psychosomatique en pathologie cardio-vasculaire", in Editions Techniques, Encyclopédie Médicale Chirurgicale, Paris, France, Psychiatrie, 37402 E²⁰, 4-1990, 10p.

du tout ». Cette réflexion montre qu'il avait besoin de sa position phallique pour se sentir puissant.

→ **Les expériences comateuses :**

L'existence d'une angoisse "prémonitoire"

Le vide psychique comme existence d'une angoisse insoutenable

La mort comme fascination

La mort comme résolution d'une problématique liée à la culpabilité inconsciente

La mort comme résolution de l'échec, de l'auto-effacement

Lors de nos évaluations, nous avons pu associer des expériences comateuses à des actes de désintringations pulsionnelles :

- L'existence d'une angoisse "prémonitoire" : **Coco**

Depuis 1 an ½ Coco se prépare: SCI, notaire..., depuis 4 mois, elle pressentait, avait une forte intuition de la survenue d'un AVC. Elle réussit à obtenir une hospitalisation pour examen pendant 15 jours, rien d'anormal n'est décelé : son AVC se passe durant son retour à domicile. Ce sentiment de prémonition est souvent exprimé chez les patients anxieux, certains en viennent à craindre leurs pensées, leurs rêves...

- Le vide psychique comme existence d'une angoisse insoutenable : **Anne-Marie**

Rêve ou expérience proche de la mort – NDE (Near Death Experiences) –. Les expériences NDE sont caractérisées par un contenu, une ambiance et un statut de réalité pour ceux qui l'ont vécu : réalité de l'au delà et de la décorporation. Tandis que les rêves sont supposés faits ultérieurement, ils apparaissent comme "transitionnels" entre rêve, éveil et production imaginaire.³¹⁹

Nous retrouvons dans le récit de l'expérience d'**Anne-Marie** les propos de Michèle Grosclaude concernant les rêves en Réa comme étant le reflet du surgissement de l'angoisse

et « de façon générale, la Réa comme "rêve" désigne alors une expérience traumatique de néant et de perte, d'éléments persécutifs déchainés contre le sujet dans le sadisme, voire vide d'éléments, et de terreur aux marques de l'originaire »³²⁰.

Durant le coma, elle vit dans un autre monde entre la vie et la mort à travers des cauchemars où on lui propose la mort. Elle a un souvenir précis de certains. Dans chacun, elle y éprouve

³¹⁹ Michèle GROSCLAUDE : *"Réa – coma : à la recherche du sujet inconscient"*, Editions Hospitalières, Paris, 1996, p 174 et 176

³²⁰ Idem, p 169

l'angoisse du vide et ses sensations de vertige ou de froid. Exemple: 1- Elle se trouve dans une pièce, au début pleine de gens qu'elle ne connaît pas, un balcon et le vide: tous les gens peu à peu sautaient par dessus le balcon: il ne restait qu'elle. Alors elle voit une femme dans un coin de la pièce avec un voile sur le visage qui lui dit que la seule solution est de sauter par dessus le balcon sinon, elle restera dans cette pièce: elle ne voulait pas, avait peur du vide, la femme est restée longtemps: des stalactites tombaient sur son voile: longtemps avec elle mais n'a pas sauté. 2- Puis s'est retrouvée sur une plage, ses enfants étaient là et elle leur disait au revoir. Ses deux enfants devaient garder leur sérénité sans elle, elle devait partir seule. Il n'y avait pas d'inquiétude. 3- Ensuite, voit ses parents dans une gare, tout le monde mourrait, il faisait froid et son père enveloppait sa mère pour la réchauffer, lui meurt et sa mère reste vivante: elle est observatrice. 4- Et encore, dans un hôpital: sur un lit attachée (bougeait beaucoup dans la réalité), les infirmières lui disaient qu'elle n'avait le droit d'uriner qu'une fois par jour sinon elle serait punie. Elle les voyait partir et revenir: toujours la même chose, puis comme détachée, voyait des personnes passer, partir, si elle passait la porte: le noir, le vide. Elle lutte pour ne pas aller vers la mort.

Anne-Marie tient à ses rêves comme un vécu de prédisposition à la mort – retenue que par un fil parce qu'elle a résisté à l'appel de la mort – et au caractère prémonitoire du rêve – son frère s'est suicidé durant sa convalescence –.

- La mort comme fascination : **Nolan**

Il a l'impression d'avoir jugulé l'angoisse de la mort, a dompté la mort en la "reconnaissant". Il l'a vu: ce petit point noir avec un trou rouge au milieu. Plus le trou rouge diminuait, c'est comme s'il s'en approchait, le touchait: il ressent une certaine sécurité depuis. Il a aimé et trouvé très beau l'approche de la mort.

- La mort comme résolution d'une problématique liée à la culpabilité : **Nono**

Traumatisé par des pertes vécues comme incessantes : « tous ceux qu'il aimait », donne à penser que le fantasme de mort, de destruction, d'anéantissement est omniprésent derrière son addiction. Il a perdu son meilleur ami dans un accident quand il avait 15 ans et dont il se sentait responsable, en 2000, il perd sa meilleure amie dans un accident en mer: choc et répétition: colère, sentiment d'injustice. Cette femme est perçue comme étant idéale, très proche, avec qui il discutait beaucoup. Depuis il est devenu agressif et impatient. Il y a 1 an, il perd un ami du cancer, il y a 2 mois: un autre d'une crise cardiaque. Il a le sentiment que la mort rode et va finir par le rattraper. Et également que sa souffrance consiste à les voir tous mourir.

2.2. Résolution par l'acte ?

2.2.1 Bénéfices de l'acte

2.2.2 Les risques de récurrence

2.2.1. Bénéfices de l'acte :

La décharge "massive" poussée par l'autodestruction permet un apaisement appartenant au registre du plaisir et activant de ce fait la recherche de plaisir : jouissance d'avoir survécu, d'être libéré de l'angoisse ...

La phase de "réparation"³²¹ qui fait suite à l'agir rend compte de fonctionnements différents selon les sujets.

Le bénéfice est assez général : nous pouvons considérer un changement global en terme de besoin, par contre une distinction qualitative est représentative du type d'organisation psychique. Le groupe fonctionnant par la victimisation et celui fonctionnant par l'effondrement psychosomatique tirent moins de bénéfice que le groupe de destruction de l'autre et d'intériorisation de la honte.

1- Pour les sujets qui évoquent la possibilité de « repartir à zéro », l'acte prend une valeur d'auto engendrement en rapport avec le substitut d'identification. Les voies de sublimation permettent au sujet de sortir de "la crise" de manière héroïque ce qui rappelle le sentiment de toute puissance éprouvé lors de comportements ordaliques. L'auto engendrement sert de support dans la recherche de la continuité narcissique lorsque celle-ci a été manquante. Le sujet se sert de ce substitut pour court-circuiter la dépendance en son contraire, il réintroduit du sens. L'action, les perceptions corporelles – présentation de sens - vont agir sur le sujet. Le sujet brise le mouvement de la répétition par l'acte dans une volonté de rompre avec le processus qui génère la dépendance.

Guy est poussé vers l'auto-engendrement mais contraint par la "raison", tandis que **Coco** "attend" cette angoisse qui lui fournit l'opportunité d'un changement diamétral de vie, opportunité de redevenir active par la mise en place de projets innovateurs. **Anne-Marie** vit chaque moment avec plus d'intensité comme si « elle découvrait tout », avec « beaucoup de bonheur » et reconnaît la véritable « qualité de vie », « chaque instant est vécu comme nouveau ». Pour ceux qui se projettent vers une « vie saine », c'est une manière de créer un espace psychique libéré des « contraintes d'objet », c'est-à-dire dégagé à la fois de

³²¹ « Pour M. Klein, la réparation est un processus psychique nécessaire pour que le sujet survive aux pressions de la culpabilité et de la destructivité en les élaborant » (L.M. Villerbu et G. Fournier : "Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie", L'Harmattan, Paris, 2003, p 248)

l'attachement et de l'emprise – ce qui explique ce désir pour une majorité des addicts – et favorisant le passage vers les processus secondaires – construction de l'identité –.

2- Le bénéfice est également lié au **cadre institutionnel** qui offre par le soin un colmatage des ancrages narcissiques primaires et, en renforçant l'assise narcissique, l'enrichit des identifications secondaires. La verbalisation ramène au réel le rapport du sujet avec son inconscient. Le symptôme s'insère là où « la parole vient à manquer » et tient lieu de demande à l'autre. Le personnel soignant devient le médiateur de l'appel à l'Autre, la demande peut rester implicite et donner l'illusion nécessaire d'une "retrouvaille" avec les éprouvés. L'accent doit être mis sur la potentialisation de transformation pour venir à bout de la résistance du sujet à se défaire de son symptôme (qui devient nécessaire pour maintenir la place de l'autre dans le soin : le besoin maternel primaire).

Ce bénéfice peut intensifier le bénéfice secondaire de la somatisation :

Danièle : les gens l'écoutaient et compatissaient, ses enfants s'occupaient d'elle, son fils lui trouve son nouvel appartement, lui achète des meubles – retour et rapprochement du fils –, sa vie ressemble à ce qu'elle a souhaité mais est limitée par son handicap (amputation d'une jambe). Son hospitalisation lui offre une existence identitaire et un retour à la socialisation.

Geneviève, Sylvie, par l'hospitalisation tentent de faire reconnaître leurs douleurs à leur mari : « qui en a marre et n'écoute plus », pour l'une, et « qui ne prend pas les douleurs en considération », pour l'autre.

Emilie est sécurisée par l'hospitalisation, d'abord comme lieu d'hébergement sans culpabilité : elle ne pouvait plus rester dans l'appartement qui appartenait au couple et dont la séparation n'était pas effective matériellement (en attendant la possibilité de changer d'appartement, ils logeaient chacun leur tour chez des amis ou la famille et parfois devaient partager l'appartement), elle ne voulait pas s'imposer chez des amis, changeait pour ne pas envahir l'autre, son frère et ses parents sont loin et pas toujours dans de bonnes dispositions pour l'accueillir – très souvent dans le passé lui demandaient de partir ou ne voulaient pas l'accueillir –. Hospitalisée, elle n'avait plus à se soucier de cela.

Lieu de reconnaissance et d'écoute : Ses amis ont été très présents, les appels et les visites l'ont rassurée et généré un bénéfice. Ses parents, notamment sa mère était prévenante, ils ont pu parler ensemble. Elle avait ressenti le besoin d'un médiateur en la personne du psychiatre pour expliquer à ses parents son mal-être. Les soins, l'écoute lui ont permis de s'apaiser.

De même que le groupe de patients génère une appartenance, favorise la liaison (**Guy** et **Marylène** : chacun a rencontré un compagnon qu'il désigne comme garant de l'évitement de

la répétition de l'acte), ce que R. Roussillon traduit par « transfert de retournement ». Le groupe crée un espace contenant.

Le "résultat" perçu dépend également des séquelles de l'acte. Il s'agit, pour tous de faire le deuil "de quelque chose" : deuil du passé qui ne peut avoir la même consistance. Nous pouvons envisager le deuil de l'objet perdu, de la "substance" (intensité) de la souffrance (consistance interne), d'une identité perdue. La perception interne/externe prend un nouveau sens.

L'importance des séquelles pour certains, empêche le bénéfice et renforce la résignation : c'est le cas, par exemple de **bleu** et de **Gurvan**, ou bien limite ce bénéfice : **Nono** ne peut se déplacer librement (fauteuil roulant).

2.2.2. Les risques de récurrence

Nous avons montré que la pulsion de mort tente, dans un perpétuel retour à l'état antérieur, un retour à l'inanimé en détruisant les forces de vie. Le but d'Eros est de conserver la liaison de l'énergie du fonctionnement psychique, tandis que Thanatos viendrait détruire, délier dans le but de réduire l'intensité pulsionnelle à zéro d'où le vécu d'anéantissement. Pour A. Green, c'est l'objet « qui est révélateur des pulsions », la pulsion de mort tendrait vers une « désobjectalisation totale » pour atteindre son but de néantisation (le point zéro).

1- L'appel à l'autre est fréquent

Dans la répétition vient s'installer une demande d'aide pour parer au risque d'effondrement non contenu par l'acte. Dans la tentative de suicide névrotique, le sujet interpelle l'autre et tente de mettre en scène le désir (acting-out).

C'est le cas de **Nicolas** qui, à chaque expérience de séparation, appelle l'autre à plus de complaisance. La tentative de suicide est construite sur l'emprise sur l'autre.

Pour les sujets dont la fragilité narcissique conduit au passage à l'acte, l'étayage défaillant implique plus d'impulsion dans l'acte. L'avidité de l'acte n'est pas sans rappeler le comportement addictif : recherche de satisfaction immédiate, fascination.

Nicolas : « elle ne voulait rien entendre »

Danièle : « j'étais seule, mes volets étaient fermés, je restais au lit et ne m'habillais plus », « mes enfants ne voyaient rien », « mon médecin n'a rien compris »

2- Renforcement du sentiment d'être « **indestructible** » :

Nolan frôle 3 fois la mort et s'en sort, se sent comme supérieur: plus d'angoisse.

Le divorce, 6 ans plus tôt, semble déclencher la répétition et pourtant exprime seulement des regrets car la vie était invivable ensemble. Plusieurs passages à l'acte :

- Un coup de volant sur la 4 voie, a dépassé un fossé: airbag, voiture morte mais n'a rien eu
- S'est pendu: la corde n'a pas tenu
- Alcool: trouver le fond pour trouver le déclic

Donné pour mort, du coma, il se considère comme un survivant. Nous pouvons nous poser la question de savoir si son comportement ordalique ne correspond pas à une "vengeance" inconsciente des TS du père durant l'enfance qui ont entraîné un "abandon" des parents et la mise très tôt en internat (dès 6ans) où les conditions étaient très difficiles. Le comportement d'autodestruction répétitif attaquant le corps comme dissocié – au sens de négation – peut-être une régression à la violence secondaire, c'est-à-dire l'effacement de l'existence niée par les parents. Le ressenti de rejet et d'abandon appelle l'intériorisation négative de soi. La tentative de suicide peut signifier l'appel à la mère protectrice comme ultime tentative pour survivre à son regard et être reconnu. La séparation du couple met à jour la répétition de rejet et peut-être reconnu, comme refus du « regard maternel ». Nous pouvons ajouter à cela le « déclenchement » d'un Lupus après le divorce, appuyant la thèse d'un effondrement lié à l'objet "regard".

3- Le déni de l'angoisse de mort

L'**attitude "exaltée"** de s'en être sorti s'assimile au défi qui peut ressembler à la conduite à risque. Un sentiment de toute puissance et de maîtrise de la réalité émerge suite à l'épreuve "d'anéantissement" où le sujet doit réapprendre à vivre, réapprendre tous les gestes de la vie quotidienne, également à marcher, parler

La période de rééducation post-coma, pour ces sujets "dénégateurs", affiche

« une difficulté d'intériorisation de l'image maternelle et la quête inlassable d'actions à accomplir, avec un surinvestissement de la motricité destinée à éviter la survenue de "temps morts" et d'abandon à une position passive »³²².

Ces sujets peuvent avoir des attitudes de surcompensation – objectifs élevés dans un but conjuratoire –, de précipitation à la reprise professionnelle – se détourner de la crise et de

³²² S.M. CONSOLI : "Approche psychosomatique en pathologie cardio-vasculaire", in Editions Techniques, Encyclopédie Médicale Chirurgicale, Paris, France, Psychiatrie, 37402 E²⁰, 4-1990, 10p.

l'angoisse de la répétition d'une crise –. Les sujets aux tendances à « l'activité » (groupe 4, actif) seront enclins à réintégrer leur comportement afin de retrouver le prestige social, le regard valorisant, admiratif de l'autre. La séduction est présente dans leurs rapports avec l'équipe médicale.

Abir met en avant ses particularités qui attirent l'attention de l'équipe soignante, se sent importante et valorisée par ses études : les médecins comprennent qu'en tant que chercheur, elle désire comprendre son fonctionnement – raisons pour lesquels, à son avis, le psychiatre lui a recommandé notre entretien –, son aptitude à analyser, à parler lui donne l'impression d'avoir un rapport privilégié avec les médecins et plus particulièrement avec une interne – d'où l'inacceptation de ne pouvoir entretenir une relation avec l'interne qui l'a suivi après son changement de service –. Dès lors où elle sent l'éloignement de l'autre, ses angoisses reviennent et elle éprouve le besoin de se scarifier – une manière également d'interpeller et de culpabiliser l'autre –.

2.3. Conclusion sur la destruction en œuvre dans l'analyse de l'acte

2.3.1 La modélisation dans la mise en acte

2.3.2 L'agir : point de butée du processus de l'angoisse paroxystique

2.3.1. La modélisation dans la mise en acte

2.3.1.1. Les particularités liées aux dimensions possessivité/envahissement

Des oppositions réactionnelles sont remarquées à partir des dimensions possessivité/envahissement.

La dimension "possessivité" : attirer l'autre

Les sujets appartenant aux groupes 1 et 2 occultent plus facilement la réalité extérieure, ressentent un sentiment d'injustice et appellent l'autre afin de les soutenir dans ce mal qui les ronge de l'intérieur. L'insécurité du 1^{er} groupe entraîne un sentiment d'injustice envers l'abandon de l'autre. La revendication du 2^{ème} groupe engage le sujet dans la recherche d'exister pour l'autre dans son individualité.

La dimension "envahissement" : repousser l'autre

Les sujets des groupes 3 et 4 n'arrivent pas à "échapper" au regard jugeant de l'Autre, cet Autre est omniprésent et procure un sentiment de culpabilité. Le poids du jugement de l'autre impacte de manière préférentielle cette dimension et un désir de fuite perpétuel. La culpabilité

du 3^{ème} groupe contraint le sujet à "payer sa dette". Tandis que la culpabilité du 4^{ème} groupe "déprivation", vient résoudre le sentiment d'échec.

Cela peut signifier que l'agressivité sous-tendue dans le recours à l'acte, au-delà de l'accès à une décharge pulsionnelle, permettrait au Moi d'utiliser la réalité extérieure à son profit. La mise en acte représenterait une sorte de "manipulation" de l'Autre en tant que le désir inconscient déployé voudrait redistribuer les rôles – par exemple le désir du "dépendant affectif" de sentir l'Autre sous sa dépendance –.

2.3.1.2. L'interprétation de l'agir et du symptôme révèle l'appartenance à l'un des groupes.

L'anéantissement pourrait être entendu pour la 1^{ère} dimension comme un effondrement par abattement, accablement et pour les seconds comme écrasement, effacement.

Nous avons pu montrer par nos illustrations cliniques les particularités pour chacun des groupes :

Le groupe 1 se démarque par la déliaison destructurante (Mars, Bleu, Nolan, Anne-Marie). Le groupe 2 se révèle par un comportement plus hystérique, une sorte de "théâtralisation" de l'agir : TS en se jetant sous le train pour Danièle, Didier et Nono; comas supposés éthyliques avec perte de réalité (se promener nu par exemple), par un comportement violent interpellant l'autre pour Christophe et Hervé.

Le groupe 3 montre une déliaison "douloureuse" par l'expression corporelle. Alors que le groupe 4 "s'efface" silencieusement (Emilie, Gurvan, Coco, Guy) ou s'attaque directement au corps (automutilation d'Abir).

2.3.1.3. La résolution et la capacité de se projeter dans l'avenir révèlent le processus psychique et les positionnements.

Le 1^{er} groupe est celui qui conserve le plus d'anxiété au moment de l'entretien, il n'est pas assuré de l'avenir. L'externalisation représentant ce groupe pourrait amener à considérer la résolution comme dépendant de l'attitude de l'autre. Cela correspondrait au besoin également de relations stables et de la demande de présence autour de lui. L'autre viendrait le garantir d'une "détérioration" interne.

Le 2^{ème} groupe se distingue davantage par son ambivalence retrait/toute-puissance caractérisant tout le paradoxe entre le désir de détachement et la dépendance. De même que

les bonnes intentions d'une vie meilleure sont souvent bloquées par la contrainte "comme impossible détachement de l'ancienne vie".

Les sujets du 3^{ème} groupe montrent peu de confiance en eux, sensation que quelque chose leur échappe. Le vide intérieur est perçu comme venant du monde extérieur (envahissement). La sociabilité est bonne mais construite sur des relations superficielles qui peuvent correspondre au manque de confiance en soi et en l'autre.

Le 4^{ème} groupe "actif" se démarque des autres par la recherche de valorisation et de reconnaissance, également par la tendance à sublimer l'avenir en même temps que le sentiment d'être contraint à se limiter dans cette projection positive.

2.3.1.4. Tableau récapitulatif

Le tableau va repasser en revue les spécificités retenues dans les mises en actes en fonction des groupes.

Tableau récapitulatif des spécificités des mises en acte en fonction des groupes : tableau III, 2-1

POSSESSIVITE				ENVAHISSEMENT			
VICTIMISATION		DESTRUCTIVITE		EFFONDREMENT PSYCHOSOMATIQUE		HONTE	
INSECURITE		REVENDEICATION		CULPABILITE		DEPRIVATION	
Résignation	Réitération	Isolement	Confrontation	Autopunition	Révolte	Auto- dévalorisation	Activité
Occultation plus fréquente de la réalité extérieure Sentiment d'injustice, recherche de compensation Appel à l'autre pour se garantir				Sentiment de culpabilité dominant Poids du jugement de l'autre Du coté du masochisme moral			
Sentiment d'injustice envers l'abandon de l'autre		Revendication d'existence pour l'autre dans son individualité		Payer sa dette par son corps		Résoudre le sentiment d'échec	
Anéantissement par effondrement (abattement, accablement)				Anéantissement par écrasement, effacement			
Déliaison destructurante Renonciation Délaissement		Fléchissement : abdication, capitulation Théatralisation hystérique : interpellation, obstination		symptômes somatiques, effacement, écroulement, affaissement		Fuite : désertion Contrôle : idéalisation	

2.3.2. L'agir : point de butée du processus de l'angoisse paroxystique

D'après nos observations, nous pouvons considérer l'agir comme un point de butée du mouvement processuel de l'angoisse paroxystique. Par l'analyse du fonctionnement de la mise en acte destructive du sujet, qu'il soit autodestructif ou de l'ordre de l'autopunition psychique, l'acte apparaît comme irrémédiable. Nous y retrouvons toute la teneur de l'aboutissement de l'angoisse paroxystique à savoir : la poussée irrépressible vers le néant – « la seule solution » –.

Le doute envahissant le sujet – conflictualité intrapsychique – disparaît et laisse au sujet cette perception d'apaisement et valide son raisonnement.

L'étroitesse du raisonnement mental (une seule solution) où se trouve le sujet avant sa mise en acte explique en partie l'étayage que réalise le post-acte et l'ouverture soudain vers de multiples solutions, un renouveau dans le sens d'un auto-engendrement où l'autre peut disparaître (plus de filiation) au profit de ses propres réalisations, ou, au contraire des "retrouvailles" avec l'objet perdu.

Les modes suicidaires sont majoritairement médicamenteux, ils constituent une régression orale qui vient décrire les tendances archaïques et primitives. La régression vient renforcer le lien d'un sujet aux prises avec sa dépendance affective.

Il est intéressant de remarquer que le sentiment de dépersonnalisation habite la plupart des sujets durant l'acte : signifie-il une décompensation d'ordre psychotique ou le sentiment de dépersonnalisation marque-t-il une spécificité de l'angoisse paroxystique ?

Le sentiment de dépersonnalisation vient appuyer notre thèse d'une angoisse a-structurale, en effet, ne peut-on pas relier la décompensation psychotique au fait de l'existence de cette angoisse déliante et destructurante propre au mouvement de désintrication pulsionnelle ? Le fait est que l'angoisse paroxystique déclenche le clivage comme défense et protège, d'une certaine manière, le sujet d'une mort psychique ou de l'effroi en réalisant cette diffraction entre corps et psyché. La dépersonnalisation soulage le Moi de la contrainte de l'angoisse suspendue en attente de fixation ou de décharge. Nous pouvons considérer comme A. Green,

que « la dépersonnalisation est une défense contre la psychose, non un état psychotique. Le morcellement passager peut aussi être une défense contre la dépression »³²³.

³²³ André GREEN, "Narcissisme de vie, narcissisme de mort", Les éditions de Minuit, Paris, 1983, p 168

L'accumulation de tensions exerce une pression qui conditionne l'apparition de symptômes névrotiques – psychiques et somatiques – divers.

L'opposition faite par D.- W. Winnicott sur le concept de dépersonnalisation en parlant de personnalisation permet de faire le lien avec notre prochain chapitre destiné à concevoir ou non une réparation psychique par le "dommage" corporel. Un passage du texte de Gérard Broyer³²⁴ vient confirmer cet intérêt :

«D.-W. Winnicott a donc appelé « personnalisation » ce mécanisme fondamental d'ancrage du sujet dans **son** corps, qui, par ce mouvement même de reconnaissance (ou non) et d'adaptation (ou non), devient sien (ou non).» (...). «Il convient de désigner un processus de personnalisation c'est à dire processus d'habitation dans le soma de "cette autre partie de la personnalité, relié solidement à ce que nous avons coutume d'entendre sous le terme de psyché ". » (...) «Autrement dit cette intégration somatique pour tout être humain consiste en l'établissement d'un « modus vivendi » satisfaisant entre psyché et soma. »

³²⁴ N. DUMET et G. BROYER : *"Cliniques du corps"*, Presses universitaires de Lyon, 2002, p 88, 89

3. Les modes de restructuration psychique

3.1 Les troubles fonctionnels et somatiques

3.2 L'intersubjectivité

3.3 Conclusion sur les modes de restructuration psychique

Il existe un mode de restructuration psychique élaboré par le Moi

La reconstruction corporelle est-elle significativement profitable pour la réorganisation psychique ?

3.1. Les troubles fonctionnels et somatiques

3.1.1 L'unicité soma-psyché

3.1.2 Les lois biologiques ou sens du symptôme

Nous avons pu remarquer que la corporéisation des affects sert de clivage d'où s'extrait non seulement le déni du désir mais également le sens, la signification de l'angoisse. L'angoisse vient "se lier" dans le corps. La scène psychique devient la scène corporelle, entre le passage à l'acte et l'acting-out que nous pourrions considérer comme une mascarade pour se soustraire au regard de l'Autre, "bluffer" la Gorgone aux deux visages, surveillant à la fois le côté interne et la réalité extérieure. Le sujet s'y laisse prendre lui-même, considérant que l'intensité des douleurs corporelles légitime le « regard compatissant de l'Autre », l'indulgence envers lui et, bien entendu, que ces douleurs le libèrent de ses dettes ... pour repartir "à neuf", d'où les réponses fréquentes d'une projection vers "une nouvelle vie". La "mascarade", au sens lacanien, vient elle-même interpréter la jouissance féminine ... peut-être pourrions-nous y percevoir une certaine "*jouissance douloureuse*".

L'agir suicidaire, l'état comateux et la douleur insupportable ont pu être mis sur un même plan, en considérant une même désintringement pulsionnelle. Les discours des sujets, quels qu'ils soient, expriment une impossibilité d'aller plus loin dans la vie : l'épuisement de l'Eros qui en appelle à Thanatos pour décharger la "masse" interne désorganisée.

Nous avons déjà exprimé les rapports des sujets sortant d'une période de coma avec la mort, nous allons maintenant saisir les différentes expressions corporelles. De celles-ci, nous allons tenter d'en extraire ce qui peut refléter l'instinct de mort.

3.1.1. L'unicité soma-psyché

La recherche de l'unité du fonctionnement psychique du sujet est réalisée en observant les intrications entre le somatique et le psychique. Les observations valident l'unicité soma-psyché. La psyché ne peut se développer sans se fonder sur les premières inscriptions sensorielles considérées comme métalangage, puis qui apparaissent intriquées et deviennent le reflet expressionnel et émotionnel. Rappelons que S. Freud place l'inconscient – agissant sur la pulsion – entre la psyché et le soma, et que la désintrication pulsionnelle conduit par la pulsion de mort entraîne un dysfonctionnement des fonctions vitales du sujet.

Des psychosomaticiens, tels que P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan, P. Sifnéos ... ont tenté de ne pas séparer le corps du psychique. Pour P-L Assoun,

il n'y a « pas de symptôme somatique sans ce double mouvement de mortification et de liaison, l'organe joue du symbole pour mettre en acte cette tension de déliaison »³²⁵.

Un processus est mis en évidence dans ce mouvement d'intrication soma-psyché. Le développement d'une atteinte corporelle (maladie, affection, organique ou fonctionnelle) est le résultat d'un processus : par régression – sous forme de crise – ou par déliaison pulsionnelle – atteinte évolutive –. Certaines désintrications pulsionnelles, conséquentes de leur reflux dans le soma, portent directement leur action sur les organes et les capacités immunitaires. La décharge pulsionnelle se fait par l'intermédiaire du symptôme corporel dans un but de « satisfaction substitutive ». Les symptômes proviennent de l'action du refoulement et agissent en tant qu'aménagement défensifs. Le symptôme résulte du conflit intrapsychique, il s'agit d'un compromis entre refoulement et angoisse (excitation pulsionnelle).

G. Ostermann et P. Queneau prennent en compte l'unicité corps-esprit afin de prendre la plainte du patient dans une réalité symptomatique, en reconnaissant l'impact de la souffrance psychique sur la souffrance physique et inversement.

« Le fonctionnement psychique se situe au confluent de toutes les interactions entre le niveau biologique, le niveau psychologique et relationnel, et le niveau sociologique et culturel ». En effet « la dimension psychologique peut interagir avec le corps en allant jusqu'à créer des lésions authentiques » autant qu'en elle-même la douleur somatique ramène à « notre condition d'être mortel » et cette « angoisse, ce mouvement intérieur qui nous anéantit ». « La douleur arrête le

³²⁵ P-L ASSOUN : *"l'inconscient organique : pouvoir du symbole et travail du symptôme"*, in Revue Française de Psychosomatique, N°21 « symbolisme organique », PUF, Paris, 2002, p69

cours normal de l'existence, interdisant de voir les choses "comme avant". Elle est une menace pour *l'être-même* du malade douloureux. Cette désorganisation intérieure « révèle » la personnalité, comme une carte photographique. Ligne de force comme lignes de faiblesse s'accusent. Cette fragilité, jusque là cachée et enfouie, se dévoile tout à coup ».

Les syndromes somatiques – fonctionnels – organiques:

S. Freud distingue dans les symptômes somatiques : les maladies organiques, les symptômes fonctionnels et les symptômes de conversion. Les symptômes somatiques : sont les symptômes qui concernent le corps par opposition au psychique. Les symptômes fonctionnels : sont caractérisés par l'atteinte des fonctions du corps. Ils se différencient des symptômes organiques qui concernent les organes et leurs fonctions. Les symptômes de conversion ne répondent pas au dysfonctionnement organique, ils symbolisent, plus que tout autre symptôme somatique, la fonction de défense du corporel pour le Moi. La formation du symptôme limite le développement de l'angoisse et soustrait le Moi à la situation de danger : « toute formation de symptôme ne serait entreprise que pour échapper à l'angoisse »³²⁶.

Pascal Cathebras, dans son introduction de « troubles fonctionnels et somatisation » (2006), définit les symptômes dits "fonctionnels", les symptômes non expliqués par une pathologie organique.

« Le symptôme fonctionnel est "somatique" car il est vécu comme une dysfonction corporelle par le patient, même s'il touche la sphère mentale ou cognitive »³²⁷.

Il différencie les bénéfices primaires des bénéfices secondaires. Les bénéfices primaires sont obtenus par la réduction de l'angoisse et la négation du conflit psychique. Tandis que les bénéfices secondaires résultent de l'attention de l'autre sur lui et sur « l'autorisation à prendre soin de soi ». Pierre Marty compare la maladie avec le suicide et la vieillesse,

« la maladie, c'est l'esprit qui a lâché le corps, soit que l'esprit ait toujours été faible et, par traumatisme, le lâche facilement, soit qu'il se désorganise sans qu'arrivent des systèmes de régression (mentales ou somatiques), ces espèces de réservoirs de libido qui sont capables comme des jerricans de réanimer un réservoir habituellement défaillant, soit encore que l'esprit en ait assez par

³²⁶ S. FREUD : *"Inhibition, symptôme et angoisse"*, 1993, PUF, Quadrige, Paris, 2002, § 175

³²⁷ P. CATHEBRAS : *"troubles fonctionnels et somatisation"*, Masson, Paris, 2006, p2

répétition ou par prolongation de situations conflictuelles et que par excès d'excitation permanent et répété, il laisse tout tomber, y inclus les régressions »³²⁸,

L'hypocondrie, est en lien avec la castration et vient symboliser le manque. C'est en 1914, dans « pour introduire le narcissisme », que S. Freud vient classer l'hypocondrie parmi les névroses actuelles, avec la neurasthénie et la névrose d'angoisse. De fait, l'hypocondrie présente des aspects communs, à savoir : la dramatisation des sensations physiologiques que l'on peut rapprocher de la névrose d'angoisse et étendre au trouble panique avec des comportements phobiques tels que l'évitement, des comportements obsessionnels tels que la vérification et les ruminations excessives. Et la concomitance avec la neurasthénie est fréquente et se présente sous la forme dépressive : fatigue, manque d'envie et d'intérêt. S. Ferenczi met en lien l'inhibition et l'hypocondrie : une inhibition psychique qui annihilerait le repérage de l'excitation pulsionnelle dans la psyché et solliciterait la sensibilité somatique. L'impossible sublimation de la libido en libido d'objet maintiendrait l'excitation pulsionnelle dans le Moi. L'investissement de l'objet est converti d'une libido psychique en libido corporelle. L'introjection d'objet mal approprié – carence autoérotique – développe une projection située à l'intérieur des limites du sujet.

L'alexithymie, concept fondé par Peter Sifnéos en 1972, est caractérisée par la difficulté, pour le sujet, d'exprimer ses émotions et ses sentiments : incapacité à verbaliser ses émotions, inhibitions, pauvreté créatrice – fantasmatique pauvre –, tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits. La faible capacité de liaison chez l'alexithymique expliquerait, chez ces sujets, la prévalence des troubles psychosomatiques et dépressifs. Nous pouvons également mettre en évidence chez ces sujets une prédilection à la passivité. L'expression émotionnelle et affective de l'angoisse et la dépression mobilisent le corps comme moyen et mode de décharge. L'alexithymie n'est pas classée comme trouble psychique mais comme trait de personnalité provenant d'un excès de défense intrapsychique par le mécanisme de répression. L'alexithymie est caractéristique d'une inhibition psychique au profit du corporel. De cette manière, le mode de fonctionnement de l'alexithymique sous forme de « pensée opératoire », au sens développé par P. Marty, se combine de manière privilégiée avec les somatisations. Ce mode de pensée favorise la rationalité au détriment du fonctionnement émotivo-affectif et perceptif. Il favorise le fonctionnement de l'hémisphère cérébral gauche

³²⁸ P. MARTY et N. NICOLAÏDIS, "*Psychosomatique : pensée vivante*", Perspectives psychanalytiques, L'esprit du temps, Bordeaux-Le-Bouscat, 1996, p52

bloquant l'accès à la créativité et à la sensorialité. L'accès au sensoriel est essentiellement ressenti lors d'un "dépassement du seuil " de tolérance de l'affect qui s'extrait sous la forme d'angoisse. La réactivité essentiellement physiologique peut conduire à des lésions organiques. De plus, les failles du narcissisme révèlent leurs incidences de manière soutenue. Lorsque l'accordage – en référence au holding et handing de D.-W. Winnicott – est défaillant, il retentit sur l'objectalisation et l'introjection de façon néfaste. L'absence maternelle ou la fixation de la fusion maternelle ne permet pas au bébé d'accéder à sa propre réalité psychique et corporelle. L'introjection des perceptions primaires, support des réminiscences infantiles, réduit considérablement l'éventail émotionnel et sensoriel et, par voie de conséquence, diminue les capacités hédoniques du sujet. La « forclusion de l'affect » dont parle Joyce McDougall (1989) consisterait chez l'alexithymique en un mécanisme de défense contre l'angoisse de perte résultant de ce défaut d'objectalisation. Il s'agit d'un concept qui associe d'autres composantes psychologiques telles que la dépendance affective, l'addiction, les conduites à risque, la somatisation. Ceci explique les raisons pour lesquels le comportement alexithymique est présent chez certains sujets de l'expérimentation.

Le besoin vient supplanter la satisfaction et masque le désir. L'hyperactivité ou l'impossible satisfaction. Nous pouvons constater que le besoin de sensation et les comportements hyperactifs répondent au même besoin : celui d'une réponse immédiate du besoin sans passer par l'élaboration psychique mais par la mise en acte. Cette réactivité vient masquer la souffrance psychique, nous entendons souvent : « je m'occupe pour éviter de penser ». Il s'agit de contenir le conflit psychique par l'action.

3.1.2. Les lois biologiques ou sens du symptôme

Pour S. Freud, « chaque symptôme a un sens et se rattache étroitement à la vie psychique du malade »³²⁹.

Le travail du Ça :

Pour G. Groddeck (1923), la signification symbolique du symptôme provient de son émergence dans le Ça qui l'induit par « son activité de symbolisation ». Quant à André Green, il décompose la qualité du travail psychique en « structure de sens ». La localisation du symptôme peut répondre à l'érogénité de l'organe due à l'excitation et à la jouissance selon l'investissement auto-érotique du corps chez le nourrisson autant que le « langage corporel».

³²⁹ P. CATHEBRAS : " troubles fonctionnels et somatisation ", Masson, Paris, 2006, p140

Dans le chapitre 3 partie II, nous avons montré que la violence pulsionnelle peut donner une signification distincte au symptôme selon que le sujet se place du côté de la culpabilité, de la honte ou qu'il soit conditionné par l'attachement ou l'emprise. La honte va générer des troubles liés à une problématique narcissique. L'Idéal du Moi dominant et fort va investir le sujet d'une intransigeance envers lui-même toujours insatisfaisante. L'intériorisation de l'image de l'enfant idéal en moi idéal conditionne le sujet dans une constante dévalorisation, seule la maladie ou la douleur peut contribuer à une justification du "manque à paraître" et permettre au sujet de sortir de la honte.

Nous avons également montré que la culpabilité donne lieu à des manifestations somatiques de type fonctionnel : supportée par le Surmoi, la conscience morale entretient une dette psychique que le sujet "rembourse" au prix de désordres somatiques. L'origine étant refoulée et la souffrance psychique niée, la dette représente un puits sans fond jamais assouvi. La passivité et la dépendance reflètent une certaine permanence de la pulsion d'attachement. L'attachement introduit le manque d'objet et entretient, corrélativement, le lien avec le deuil d'objets par le symptôme, celui-ci s'exprime souvent par de graves maladies. L'attachement conserve le besoin de proximité, d'attention et de soin par l'autre et renforce l'angoisse de séparation et de perte.

L'emprise exprime également la difficulté du détachement et peut se manifester par un contrôle massif pour conserver un semblant de domination soit sur le corps, dans l'hyperactivité, soit sur le mode relationnel. (ex : Coco). Le versant pervers de l'emprise amène le sujet à croire dans la liberté de ses choix alors que ses désirs ne sont que le reflet du désir projeté de l'autre.

Dans le même temps, le vécu d'emprise émerge aussi sous la forme de quête d'approbation, de reconnaissance de l'autre. Le sujet cherche l'objet sur lequel reposer son désir. L'impuissance marquée chez les sujets se révèle dans ce besoin de protection contre les situations de détresse.

Joyce Mc Dougall a travaillé sur le corps et son langage et a développé la notion « d'acte symptôme » tant dans l'analyse des agirs comportementaux que les symptômes somatiques. "L'acte symptôme" représente la décharge correspondant à une faille dans la capacité de symbolisation. Elle parle de « protosymbolique » pour exprimer quelque chose en train de devenir lors de la période du pré-langage, raison pour laquelle elle distingue le « protosymbolique » du « présymbolique ». Pour elle, retrouver le symbolisme des fonctions du corps, par le travail analytique, permet d'agir sur le symptôme somatique. La valeur symbolique est devenue inopérante par l'excès de dépense psychique imposé par le Moi pour

contrôler le surgissement d'angoisse narcissique primitive et le symptôme somatique prend alors la forme d'un agir « non symbolique » ou « hors mentalisation ». Le symptôme sert de défense pour parer à l'angoisse et aux fantasmes archaïques. La décharge pulsionnelle se fait par le mécanisme de « forclusion » grâce à cet acte symptôme.

La forclusion « consiste dans le rejet, non seulement de la représentation, mais aussi de l'affect intolérable qui lui est lié. Le sujet veut faire comme si cette représentation n'avait jamais eu accès à lui-même »³³⁰.

Le somatique vient représenter la souffrance psychique : lorsque la fonction de pare-excitation de la mère a manqué dans la prime enfance, c'est le corps qui a tenu lieu de valeur de protection contre les excès ou le manque d'excitation interne ou externe. La désorganisation psychosomatique vient protéger de la souffrance psychique, les signaux « somatopsychiques, infraverbaux, et archaïques, pour sauver le moi d'une mort psychique »³³¹. Le coma est une maladie organique : le fruit d'une désintrinsication pulsionnelle de longue durée qui aboutit à la destructivité. La valeur symbolique est difficilement décelable du fait de la déqualification de la libido lors de son élaboration sous-jacente et lente.

3.2. L'intersubjectivité

C. Parat parle « d'affect partagé » pour décrire le mouvement intersubjectif de l'affect qui va transiter par l'Autre pour faire retour vers le sujet d'une manière plus explicite, plus élaboré donc "symbolisé". Cette "conduction" doit s'associer au réseau de liaison et par conséquent entrer dans le mouvement en direction de « l'angoisse signal », telle que S. Freud le décrit – affect sensoriel –. Le sujet est apaisé par une angoisse plus contrôlable, qui se « dompte » car ressentie, reconnue et de plus en plus élaborée. Nous ne pouvons pas évoquer le partage d'affect sans que cela fasse écho au transfert. Il vient, de ce fait, confirmer le bénéfice du soin chez les sujets hospitalisés. C. Dejours désigne par subjectivité les phénomènes affectifs et idéatoires. Il utilise la notion « d'agir expressif » pour rendre compte des modalités d'engagement du corps dans la relation à l'autre. Une intentionnalité inconsciente peut-être repérée dans la relation à l'autre concernant le processus de somatisation. La "crise somatique" viendrait remplacer le mouvement agressif engagé dans la relation à l'autre.

³³⁰ J. Mc DOUGALL : " *Théâtre du corps*", éditions Gallimard, Paris, 1989, p 124

³³¹ Idem, p 127

Intersubjectivité et dépendance

Nous ne nous éloignons pas de notre perspective métapsychologique en utilisant le terme d'intersubjectivité. Nous concevons l'intersubjectivité comme une activité qui accompagne le processus primaire et prolonge le processus de séparation-individuation. En effet lorsque le bébé différencie sa mère de lui-même, il en vient à constituer un « alter-ego »³³². L'intersubjectivité dans la

« différenciation dite extrapsychique (...) correspond au mouvement qui permet au futur objet de se dégager de la symbiose originelle et de prendre peu à peu conscience de la séparation existentielle ou, pour dire les choses plus simplement, de prendre conscience que soi et autrui ne sont pas confondus, ne l'ont pas vraiment été et ne le seront jamais plus »³³³.

L'aboutissement du processus de séparation-individuation permettra à l'objet – la mère – de « passer du statut d'objet contenant à celui d'objet contenu, passage qui suppose l'intériorisation par l'enfant de la fonction contenante de l'objet primaire au titre de contenu fonctionnel »³³⁴.

Nous pouvons donc considérer que les failles du narcissisme peuvent avoir une conséquence sur l'intersubjectivité. La différenciation ne permet pas au sujet de se déterminer totalement indépendant de l'autre, de trouver son identité sous peine de se sentir abandonné. Nous pouvons entendre « je ne sais plus qui je suis » comme significatif de cette non détermination identitaire et de l'insistance à trouver appui sur l'autre. De manière sous jacente, nous pouvons retrouver la relation d'emprise. L'emprise est considérée par R. Dorey comme le contraire de la maîtrise. Nous étendons personnellement ici cette notion de maîtrise à la notion d'autonomie.

Denis Mellier rend compte du rôle de l'intersubjectivité dans la désorganisation de l'appareillage de la psyché,

« la situation intersubjective de dépendance de l'être humain peut aboutir à un désinvestissement massif de la dynamique émotionnelle de l'autre, de l'objet, le sujet se "retirant" du lien à l'autre, à lui-même et à son corps. Cette désobjectivation produit un "dés-appareillage" de la psyché »³³⁵.

³³² L'alter-ego au sens d'Husserl

³³³ Dans l'article de Bernard GOLSE « l'intersubjectivité » in le site de la revue Carnet Psy, "archives".

³³⁴ B. GOLSE : "les signifiants formels comme un lointain écho du bébé que nous avons été", in Le Carnet Psy, N° 117, mai 2007, p41

³³⁵ D. Mellier, "les bébés en détresse : intersubjectivité et travail de lien", Le Fil Rouge, PUF, Paris, 2005, p123

L'intersubjectivité permet de situer le sujet "dépendant affectif" dans son besoin d'être reconnu par les autres, le groupe, la société ... besoin d'existence : il existe dans et par l'autre ce qui permet au sujet de s'insérer dans la norme, et, par conséquent le dégage du sentiment de honte.

Le cadre thérapeutique :

La fréquence élevée de personnalité dépendante souligne le besoin général et excessif d'être pris en charge, besoin de ressentir l'approbation, la reconnaissance de l'autre envers "son préjudice" et également la crainte de perdre le soutien.

La fonction contenante réside-t-elle dans le cadre, l'équipe de soin ou le thérapeute en est-il le garant ?

Le bénéfice du cadre est différent selon que les symptômes sont somatiques ou psychiques.

Un cadre sécurisant : nous avons vu que les sujets sont sécurisés par le cadre, la structure hospitalière. La structure apaise l'anxiété anticipatoire – perception d'une mort imminente, angoisse qu'il lui arrive quelque chose – : il se sent sécurisé par l'appel possible à l'autre : « s'il m'arrive quelque chose, je peux appeler », « si je me sens mal, je peux aller voir l'équipe de soin » L'appel à l'autre, ici, ramène à la relation primaire : l'impuissance primaire et l'assouvissement des besoins par la mère. La réponse à l'appel est accordée par le soin maternel substitué par le soignant. Les membres de l'équipe représentent la mère qui prévient, protège et assouvit les besoins. Les soins et le soignant participent à la réactivation des ancrages précoces, le sujet retrouve le lien avec l'objet primaire.

L'apport pluridisciplinaire de l'équipe médicale permet à chacun de prendre le relais auprès d'un sujet, l'échange et le partage renforcent le bénéfice apporté auprès du sujet mais également permet la décharge d'affect les uns auprès des autres : c'est ce qu'appelle A. Ciavaldini (2003), « l'intercontenance psychique »³³⁶.

« La place de l'humain, (le) caractère singulier de la relation qui se noue entre deux êtres humains quels qu'ils soient (...) c'est celui qui régit la culture, au-delà de la vie en société, à savoir l'existence avec l'autre et par l'autre, en fonction d'un fond commun de représentance d'un cadre humain, toute la valeur de ce cadre dépendant de l'extension qu'on peut lui donner. »³³⁷.

Le doute, l'incertitude accentue les symptômes, renforce l'hypervigilance et le repli sur soi. La prise en charge médicale qu'elle soit focalisée sur les aspects psychologiques (CHGR) ou

³³⁶ C. BALIER, *"La violence en abyme"*, PUF, Le fil rouge, Paris, 2005, p 369

³³⁷ Idem, p 365

les aspects physiologiques (NDL) rassure le sujet qui peut alors freiner puis faire régresser le processus amplificateur de l'angoisse paroxystique. Cela vient insister sur le fait que nous pouvons attribuer à la sensorialité du corps une autre signification que biologique et organique. Le corps devient le représentant du désir et l'expression de la satisfaction, d'où l'intentionnalité d'attirer l'autre pour retrouver l'apaisement primaire. Les jugements des patients sur le bénéfice thérapeutique sont basés sur les rapports, accords, compassions, oppositions ... de la rencontre des subjectivités. Cette intersubjectivité positionne le sujet dans le groupe. Il peut alors progressivement sentir son "existence" propre et se dégager de la dépendance dans une projection positive d'une "nouvelle vie". Ce changement peut représenter l'accès à l'individuation et entraîner un sentiment de liberté. Il se soustrait de l'emprise en sauvegardant un sentiment de sécurité.

Nous avons remarqué qu'une majorité de nos sujets évoquait cette "nouvelle vie" avec une certaine euphorie. Ce comportement résonnait comme une « nouvelle chance », « un nouveau départ », « une nouvelle naissance » accompagnés d'une certaine impatience à « rattraper le temps perdu ». Le cadre soutient. Il serait intéressant de revoir les mêmes sujets un an après afin de valider l'autonomisation du sujet dans sa « vie ordinaire ».

Le groupe :

Le groupe dans sa valeur psychique est considéré par Pontalis (1963)

« comme un objet d'investissement pulsionnel et de représentation inconsciente »³³⁸ et « tout groupe ne s'organise que comme métaphore ou/et métonymie du corps, ou de partie du corps. Le destin d'un groupe et de ses sujets le constituant se définit dans le rapport qui s'établit entre l'espace vécu (le corps) et la représentation de cet espace, entre cette représentation et l'espace réel qui est son support dans la scène de l'histoire »³³⁹.

La configuration du groupe constitué dans cet environnement construit des liens particuliers.

Pour reprendre D. Anzieu :

« Il y a nécessité pour l'appareil psychique, qu'il soit individuel ou groupal, de se constituer une enveloppe qui le contienne, qui le délimite, qui le protège et qui permette des échanges avec l'extérieur »³⁴⁰

³³⁸ Didier ANZIEU : "Le groupe et l'inconscient", Dunod, Paris, 1975, 1999, 3^{ème} édition, préface de R. Kaës

³³⁹ René Kaës (1974b) in Didier ANZIEU : "Le groupe et l'inconscient", Dunod, Paris, 1975, 1999, 3^{ème} édition, introduction

³⁴⁰ Didier ANZIEU : "Le groupe et l'inconscient", Dunod, Paris, 1975, 1999, 3^{ème} édition, p 219

La fonction contenant du Moi-Peau se déploie en fonction contenant groupale, le Moi groupal – « un contenant de contenant » – qui fonde la réalité imaginaire des groupes : une métaphore du corps dans le sens de « corporation », « esprit de corps ». Le sujet éprouve le même besoin primaire d'un objet extérieur – substitut maternel – qui puisse le protéger, le rassurer et dans lequel il va pouvoir projeter sa souffrance psychique : l'équipe soignante tient lieu d'étayage du pare-excitation. L'équipe soignante, par sa présence "supervise" et "contrôle" la situation, le sujet "met sa vie entre ses mains", l'équipe supplée à la carence du Moi fragile et débordé. Le sujet dépendant retrouve un objet où poser sa fixation. Le désir d'être soi-même en tant que personne singulière se confronte au principe d'appartenance, il s'agit, pour le sujet de trouver l'équilibre dynamique – intrapsychique – entre investissement d'objet et investissement narcissique. Le climat ambiant peut renforcer ou inhiber la problématique inconsciente. La situation de groupe assure une fonction thérapeutique implicite où s'instaure « un partage d'affect » et

« Ces autres sont des objets d'investissements pulsionnels, d'émois, d'affects et de représentations qui entre en résonance ou en dissonance les uns avec les autres. Une telle situation produit une co-excitation interne et une excitation mutuelle importante qui s'entretiennent dans un jeu complexe de projections et d'identifications réciproques »³⁴¹. « L'intersubjectivité impose à la psyché une nouvelle exigence de travail psychique, du fait même de sa nécessaire liaison avec le groupe. Cette exigence de travail redouble celle qu'impose à la psyché sa nécessaire liaison avec le corporel »³⁴².

Le groupe est par conséquent "l'occasion" d'éveiller des conflits inconscients, pour Christian Guérin :

« Le passage dans le groupe et par le groupe est vécu comme la crainte de retrouver dans la partie déliante de ses contenus mentaux initialement clivés et projetés dans le groupe »³⁴³.

3.3. Conclusion sur les modes de restructuration psychique

L'hypothèse selon laquelle le symptôme somatique tient lieu de réparation psychique bénéfique n'apparaît pas significativement dans notre expérimentation. Par contre, nous avons

³⁴¹ R. KAËS, "la consistance psychanalytique du travail psychanalytique en situation de groupe", in *Carnet Psy*

³⁴² Idem

³⁴³ Colloque Lyon, "Affect et symbolisation", 11 et 12 avril 2008

pu déterminer des causes équivalentes sous des modes de fonctionnement psychique différents, reliant ainsi : TS, coma et douleurs.

Nous pouvons ainsi insister sur l'intentionnalité du symptôme somatique. Dans ce cas la démarche thérapeutique ne doit pas s'arrêter au regard de l'autre sur l'expression somatique d'une souffrance psychique (visibilité par l'extériorisation douloureuse), mais prendre en compte l'intentionnalité consciente et/ou inconsciente car

« L'inconscient n'attend que des prétextes pour réaliser des intentions, y compris des "intentions suicidaires semi-conscientes" »³⁴⁴.

Le symptôme, quelque soit la forme qu'il prend, vient masquer ou réduire l'angoisse, il est significatif d'un aménagement de défense pour la régulation pulsionnelle: 1 - en freinant l'accumulation d'excitation pulsionnelle, 2 - en tant que voie de décharge pulsionnelle, 3 - en venant court-circuiter l'élaboration mentale. La régression qu'il peut convoquer dans son mouvement mortifère peut rendre compte d'un recours à l'acte sous-tendu par la pulsion de mort.

Les entretiens ont permis de déceler le caractère psychique dans la somatisation organique chez les patients de NDL, à travers leurs représentations de la maladie, de la mort et par les événements traumatiques qui ont influencé leur trouble physiologique. Le bénéfice qu'ils tirent de leur expérience par le cadre contenant de l'hospitalisation permet d'atténuer le trouble physique.

Le plus important pour une "réparation psychique" est la reconnaissance par l'autre de la souffrance psychique. L'hospitalisation marque le point commun qui permet une compréhension empathique tant pour la souffrance psychique que pour la souffrance corporelle et permet la réparation attendue.

La prise en charge doit donc permettre au sujet de retrouver cette unité corps-psyché en lui accordant la modification de ses rapports avec son corps, avec les autres et favoriser l'élaboration psychique afin de régler les conflits internes.

³⁴⁴ INSERM « la crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge », conférence de consensus, 19 et 20 oct 2000, in "les étapes de la crise suicidaire", J. Vedrine, D. Weber CH-Lyon

Conclusion Générale

1. Intérêts du concept d'angoisse paroxystique et valeurs heuristiques
2. Réorganisations psychiques
3. Ouverture vers un protocole de soin
 - 3.1. Travail de désensibilisation progressive envers la dépendance affective
 - 3.1.1. Sécuriser face à l'angoisse d'abandon, de perte
 - 3.1.2. Libérer le sujet des relations d'emprise
 - 3.1.3. Faciliter un processus d'autonomisation identitaire
 - 3.1.4. Le refus, le rejet thérapeutique, l'agressivité
 - 3.2. Travail thérapeutique autour de l'intentionnalité consciente et inconsciente du sujet

1. Intérêts du concept d'angoisse paroxystique et valeurs heuristiques

L'angoisse paroxystique laisse émerger un moment de « crise », crise en ce qu'elle constitue une rupture, un déséquilibre ou une brèche dans une apparente continuité psychique et se caractérise par un « recours à l'acte ». Elle permet de concevoir, par son élaboration processuel, des compromis défensifs significatifs qui apparaissent sous diverses formes :

- TS
- Maladies organiques (somatisations régressives ou somatisations par désorganisations progressives)
- Douleurs somatiques chroniques

La souffrance psychique s'articulant à l'angoisse paroxystique, relative au processus psychique mis en place pour parer à la conflictualité intrapsychique et son retentissement, installe la douleur morale et la douleur physique.

L'angoisse de perte, à la suite de l'angoisse d'abandon fait état d'un prolongement narcissique : elle évolue de la simple angoisse diffuse à l'angoisse paroxystique. Elle dérive d'un sentiment de vide ou de manque. La déliaison, dans sa dynamique psychique interne, réactive les ancrages archaïques et entrave la contenance interne : le désarroi, l'effroi submerge le sujet. Le vide des angoisses primaires réapparaît en même temps que les besoins pare-excitations qui s'y rattachent. L'accompagnement rassurant des équipes de soins vient satisfaire ce besoin, il remplit la fonction de contenance interne.

L'angoisse paroxystique illustre donc les conflictualités pulsionnelles entre pulsion de vie et de mort, liaison et déliaison d'où dérivent des ambivalences activité-passivité sous l'expression de comportements ordalique-inhibition, décharge agressivité-violence contenue. La passivité, l'impuissance à faire face à la souffrance, à lier l'angoisse, résulte de la sidération dans laquelle le sujet se trouve confronté. L'activité, l'agir correspond aux tentatives du sujet pour sortir de l'impasse, seule manière de décharger l'affect. La douleur signe l'effraction interne dans la psyché et une effraction des limites internes/externes dans le corps. Grâce à nos observations, la partie inconsciente et son articulation à l'angoisse paroxystique sont élucidées et décrivent la fragilisation des étayages externes et le défaut de contenance interne.

La violence émergeant de la pulsion de mort a montré :

- Un versant agressif sans décharge : l'agressivité s'enrichit du sens objectal et libidinal,

- Et un versant destructif dans les conflits d'ambivalence interne. La pulsion de mort expose le Moi à la désorganisation, il s'agit d'un retournement contre soi de la déliaison. La destructivité se désinvestit de son lien affectif à l'objet.

Le mouvement défensif a mis en évidence le profit de la constitution du symptôme pour soutenir l'équilibre psychique du sujet – en évitant la désintégration par implosion –. L'exploration du bénéfice secondaire du symptôme et la complaisance symptomatique attestent de l'utilisation du symptôme par le psychisme pour contrecarrer le conflit intrapsychique qui l'étreint et retient l'expression et la satisfaction d'un désir inconscient. L'effondrement psychique apparaît lorsque le symptôme ne suffit plus à contenir les conflictualités.

Il s'agit alors :

- D'un point de vue quantitatif, économique, de la recherche de décharge du quantum d'excitation pulsionnelle par liaison, par régression, par compulsion de répétition.
- D'un point de vue qualitatif d'un bouleversement de la dynamique interne, à savoir une entrave dans le fonctionnement psychique.

La crise psychique signale l'existence de manifestation d'angoisse et les réactions de l'angoisse paroxystique se révèlent dans l'agir. **Les mises en actes** mettent en évidence l'existence des "pathologies de l'agir". Le débordement pulsionnel peut résulter des défenses submergées ou des défauts d'étayages. L'agir engage le corporel dans l'investissement de la décharge. L'angoisse paroxystique amène à considérer l'unicité corps-psyché par leurs intrications – interactions simultanées–. Le débordement laisse apparaître un sentiment de dépersonnalisation et favorise le clivage – sensation de déréalisation – comme défense.

Le rapprochement du concept d'angoisse paroxystique à la notion de personnalité dépendante et de comportements addictifs confirme :

- L'interrogation narcissique
- Le rapport besoin-satisfaction-désir
- Le lien objectal

dont il faut tenir compte. Et permet d'élaborer un protocole de soin global et de soutenir l'intérêt d'un travail pluridisciplinaire près du patient.

2. Réorganisations psychiques :

- 2.1 La fonction contenante de l'hospitalisation et la réappropriation de l'individualité du sujet
- 2.2 La libération du fonctionnement pathologique

La considération et le déploiement du mouvement de désorganisation psychique découverts avec le concept d'angoisse paroxystique ouvrent la voie vers une possible **réorganisation psychique**. Cette réorganisation facilitée lorsque le sujet trouve appui sur un entourage familial et/ou médical. La structure médicale mise en place autour du sujet garantit un appui du fonctionnement psychique défaillant ou fragilisant.

Les carences et les failles du narcissisme sont prépondérantes et soutiennent le besoin du sujet de reconstruire les étayages nécessaires pour la récupération de l'équilibre psychique. L'hospitalisation répondant à la fonction contenante est abordée en s'appuyant sur l'estimation de la régression sur des fixations archaïques. Les moyens de liaison des contenus psychiques et de décharges pulsionnelles sont mentionnés dans l'objectif de trouver des aménagements constructeurs.

2.1. La fonction contenante de l'hospitalisation et la réappropriation de l'individualité du sujet

Pour beaucoup, intercepter le regard de l'autre constituant l'objectif inconscient et/ou conscient lors de son agir (besoin de reconnaissance, exister dans le regard de l'autre). Pour d'autres, le recours à l'acte est conditionné par le sentiment d'impuissance face à un débordement psychique insoutenable. Et de manière plus inconsciente, le recours à l'acte – pouvant soutenir les deux précédemment cités – existe tout autant lors sous l'expression d'un effondrement somatique massif et est lui-même sous tendue par la même désorganisation psychique.

L'appel, la demande sollicitent l'intersubjectivité. L'autre intersubjectif devient le garant d'une survie où le sujet peut se laisser glisser vers son désir de régression archaïque. Au simple désir qu'on s'occupe de lui pour parer à ses besoins et l'aider : 1- à trouver la satisfaction-assouvissement telle qu'elle est éprouvée par le nourrisson (sans faire appel à la réflexion, à l'intervention des instances du Ça et du Surmoi, sans se sentir en dette), 2- à la récupération de son Moi désintrié par les soins accordés sur son corps. L'étayage par la mère est reconstitué par l'organisation de la structure de soins qu'il s'accomplisse

spécifiquement tant autour des douleurs morales qu'autour des douleurs physiques : l'éprouvé est toujours de la souffrance.

L'interprétation des contenus réparables lors de l'observation post crise permet de préciser le processus qui le soutient et favorise l'interruption de la répétition.

2.2. La libération du fonctionnement pathologique

Le risque de dégagement massif de l'angoisse paroxystique dans la mise en acte de la crise est l'effondrement, la régression jusqu'à l'inorganique. Cet afflux d'angoisse, lors de la désorganisation, sollicite à l'excès les aménagements défensifs, au point de les submerger à leur tour. "L'arrachement" à la mort n'est pas sans laisser des traces traumatiques introduisant inévitablement une instabilité psychique.

La construction de supports, d'outils thérapeutiques devient nécessaire pour que le sujet puisse trouver en lui les ressources libératrices suffisantes. L'étude des dérivés défensifs utilisés pour contenir la crise porte à la connaissance un aménagement d'un mécanisme défensif « artificiel » pour contenir et transformer le processus en place.

L'apport psychothérapeutique propose au sujet de découvrir ses failles, ses traumatismes, ses répétitions et de faire des liens. Ce travail, par la connaissance des mécanismes que le sujet déploie pour juguler l'angoisse et le processus autodestructeur en place, permet de réinvestir des aménagements défensifs supérieurs³⁴⁵ et plus appropriés. Les entretiens cliniques amènent le sujet à prendre en considération les conflits psychiques en le laissant reconnaître les traumatismes et les carences antérieurs et en permettant l'élaboration de liaison de l'angoisse à des contenus ou des processus mentaux.

Le sujet va se départir de la compulsion de répétition par la "liquidation" des traumatismes initiaux. Il s'agit de :

- Tirer à son origine le processus établi et de rééquilibrer les défenses par des stratégies acquises afin d'apaiser le sujet et l'assurer de la non reconduction de l'effondrement – anxiété anticipatoire favorisant la répétition et autogénérant l'angoisse–
- Modifier les processus en place afin qu'il place son énergie au service des courants libidinaux – découverte des plaisirs de la sensorialité corporelle à la place des perceptions négatives et rejetantes du corps et ainsi modifier l'investissement libidinal–
- L'activité de symbolisation.

345

Il est utile, à ces fins, d'apprendre au sujet à décrire ses affects, de le ramener à une réalité objective afin d'élever son seuil de tolérance pulsionnelle et pouvoir faire face aux conflits psychiques de manière plus adaptée – l'utilisation des expériences traumatisantes comme expériences constructives permet d'éveiller un sentiment positif et ainsi d'éviter le poids d'une expérience traumatique pouvant entraîner un stress-post-traumatique –.

Après avoir créé une « alliance thérapeutique » entre l'équipe de soins (travail pluridisciplinaire) et le sujet, il convient d'amener le sujet vers l'autonomisation – phase de détachement de la structure contenante –.

3. Ouverture vers un protocole de soin

3.1 Travail de désensibilisation progressive envers la dépendance affective

3.2 Travail thérapeutique autour de l'intentionnalité consciente et inconsciente du sujet

L'analyse théorique et expérimentale de notre l'étude permet de concevoir des protocoles de soins qui peuvent être promulgués en rééducation et en psychiatrie.

3.1. Travail de désensibilisation progressive envers la dépendance affective:

3.1.1 Sécuriser face à l'angoisse d'abandon, de perte

3.1.2 Libérer le sujet des relations d'emprise

3.1.3 Faciliter un processus d'autonomisation identitaire

3.1.4 Le refus, le rejet thérapeutique, l'gressivité

3.1.1. Sécuriser face à l'angoisse d'abandon, de perte

Les modes de contacts affectifs sont nécessaires pour faciliter la guérison.

Cette période qui suit la crise demande à restaurer le pare-excitation archaïque du sujet : les soins corporels, les explorations cliniques renourrissent l'auto-érotisme du sujet. Il est d'ailleurs fréquent, lors de cette phase de "découvrir" le patient recroquevillé dans la position de fœtus dans son lit et de voir les soignants leur parler alors doucement comme on chuchote à un enfant. Les soins corporels acquièrent un espace à privilégier, ils vont faciliter la récupération des empreintes auto-érotiques ou apprendre au sujet à percevoir ses sensations, les introjecter afin de combler les défaillances auto-érotiques. Le sujet doit peu à peu interpréter les ressentis corporels sainement. Il s'agit de restaurer les fonctions du « Moi-peau ».

L'excitation pulsionnelle est réduite à celle de recherche d'assouvissement du besoin primaire qui repose sur le cadre. Le cadre, par sa contrainte contenante, libère de l'angoisse de perte.

L'association aux addictions est fréquente, cette période peut être l'opportunité pour observer les appuis des bases objectales originaires du sujet afin de construire une nouvelle orientation.

L'angoisse d'abandon, associée à la pulsion d'attachement dans le 1^{er} groupe d'expérimentation sont présentes de manière significative. Les difficultés du processus de séparation-individuation, associées à la pulsion d'emprise dans le second s'associe de manière privilégiée à la problématique obsessionnelle. Le 3^{ème} révèle un surmoi fort et limitant et une quête d'approbation et de reconnaissance signalant une carence et une dépendance affective forte. Le fonctionnement psychique du 4^{ème} groupe, quant à lui signale un processus défensif plus archaïque, au plus près du narcissisme primaire, associé à l'ambivalence entraînent un Idéal du Moi intransigeant et dénotent un poids social – représentation sociale – sclérosant.

Ce bref rappel consiste, dans cette période de récupération narcissique, à favoriser une approche valorisante du sujet en même temps que soutenante. Le sujet va peu à peu sortir de sa torpeur et commencer sa projection : celle-ci va dépendre de l'apaisement de l'angoisse après la crise et de sa découverte post-crise – évaluation des préjudices –. Le support constructeur va être de le guider vers une construction positive. Le bénéfice que le sujet tire de l'hospitalisation et le sens qu'il va donner à sa vie « post-crise » vont dépendre de la nature du regard posé sur lui et de l'attention qui lui est accordée : la reconnaissance et la valorisation vont lui permettre d'y puiser une restauration solide. Dans une période où le sujet se perçoit fragile, où sa vie lui semble "tenir à un fil", il est important qu'il trouve de bonnes assises. Lors de ce rapport maternant, un positionnement autoritaire est à éviter car il insisterait sur la culpabilité-responsabilité du sujet et renforcerait le sentiment de culpabilité déjà souvent conséquent.

3.1.2. Libérer le sujet des relations d'emprise

Si l'attachement est décisif dans la construction d'une bonne « alliance thérapeutique »³⁴⁶, la seconde période répond au besoin du sujet de se défaire des pulsions d'emprise (qu'elles soient subies ou imposées). Comme nous l'avons remarqué dans le chapitre consacré à l'emprise, elle rend le propre désir du sujet insaisissable et le sentiment de culpabilité

³⁴⁶ L'utilisation d'alliance thérapeutique précise qu'il s'agit d'une intention consciente du soignant pour établir une congruence, une intersubjectivité positive avec le patient vers un même objectif : la guérison. Alors que le transfert établi par le sujet envers son analyste est inconscient, le transfert participe à la thérapie, le travail sur le transfert fait parti intégrante de la clinique.

omniprésent anime le besoin de tout contrôler et tout maîtriser ... or lors de la crise, le sujet ne « maîtrise plus rien ». La transposition de la situation d'emprise sur l'équipe de soins est alors facile à réaliser. Le soignant doit donc percevoir le moment opportun pour générer un détachement progressif – pour qu'il ne soit pas identifié comme une situation de rejet, de lassitude envers lui. L'investissement auprès du malade doit se modifier – intérêt porté sur l'évolution et la performance du sujet pour le dépassement de la crise – et non diminuer.

L'intersubjectivité crée un effet de groupe : il peut être conduit par une dynamique de groupe positif et facilitateur ou, au contraire servir de lieu de décharge de l'agressivité contenue ou de projection d'affect dans l'autre. Il est important de favoriser un effet de groupe positif par l'organisation autour des « stades » de guérison qui donne le moyen aux patients « plus évolués » dans la guérison de devenir les guides et ainsi valoriser leur évolution par un positionnement formateur et rassurant pour les autres.

L'apprentissage de l'assertivité³⁴⁷ lors de l'affaiblissement du Moi renforce l'accès à l'individualité, à la connaissance et l'appropriation progressive de son propre désir.

La distanciation familiale et amicale donne aussi la possibilité de repositionner les acteurs sur la scène relationnelle.

La réintégration progressive des liens sociaux antérieurs a tout intérêt à prolonger et sauvegarder le détachement d'emprise. Un travail de médiation avec les « auteurs » de(s) emprise(s) prolonge l'étayage réalisé par le groupe basé sur un allègement du poids des contraintes de répétition et des attachements sclérosants.

3.1.3. Faciliter un processus d'autonomisation identitaire (processus d'individuation)

Nous atteignons naturellement la phase d'autonomisation. Cette phase est primordiale pour garantir le sujet de la répétition que peut générer le sentiment d'abandon et de vide perçu lors de la sortie de l'hospitalisation. Après avoir travaillé et impacté sur les besoins du sujet, il faut saisir le moment où la consolidation permet au sujet de se détacher du réseau établi dans ce cadre facilitant les relations.

³⁴⁷Le mot vient du mot anglais ASSERTIVENESS. Initié par Andrew SALTER psychologue New-yorkais dans la première moitié du siècle dernier. Développé plus récemment par Joseph Wolpe, psychiatre et professeur de médecine américain comme "Expression libre de toutes émotions vis à vis d'un tiers, à l'exception de l'anxiété" L'assertivité est définie comme une attitude dans laquelle on est capable de s'affirmer tout en respectant autrui. Il s'agit de se respecter soi-même en s'exprimant directement, sans détour, mais avec considération, le respect d'autrui ne doit pas s'exercer au détriment du respect qu'on s'accorde à soi-même. L'évitement de la négation de soi évite la frustration.

Généralement la sortie est préparée quelque soit le type d'hospitalisation (longue durée) sous la forme de sortie thérapeutique d'une journée puis au week-end et parfois la prise en charge se poursuit en ambulatoire.

La préservation du lien maintient le bénéfice contenant, protège de l'émergence d'angoisse d'abandon et évite la menace d'un retour de la problématique de rejet, de rupture ou d'impuissance, du retour des processus de déliaisons destructurantes.

Le renouvellement du processus d'individuation passe par l'établissement et la consolidation des pare-excitations sécurisants et stables. Nous pouvons suggérer une transformation progressive qui conduit à l'autonomisation et à l'identité du sujet. Cette transformation fait intervenir un étayage de type post-oedipien : le tiers séparateur sous la forme d'accompagnement psychosociale : un travail pluridisciplinaire autour de la mise en place de projet de vie qui soutient le bénéfice, une médiation entre le médico-psychologique et le social, entre le médico-psychologique et l'entreprise dans l'accompagnement de réadaptation

Cette « secondarisation », dans son aspect mature – maturité du Moi – va consister à aider le sujet à construire un projet en fonction de ses nouvelles aptitudes à assumer ses propres choix en accord avec ses désirs. En lien avec les caractéristiques psychodynamiques, il s'agit d'initier le sujet à la connaissance de soi, c'est-à-dire à reconnaître ses affects, reconnaître le mouvement processuel de l'angoisse paroxystique – de cette manière l'angoisse automatique profile des signaux et digresse en angoisse signal plus assimilable – afin d'utiliser les outils thérapeutiques mis en place et lui donner ainsi le sentiment de maîtriser, de contrôler son angoisse comme il peut dorénavant gérer sa vie. Peu à peu l'énergie libre se lie en contenant psychique, lie l'affect aux représentations. L'adaptabilité du sujet apaise ses doutes, assouplit l'exigence des compromis, l'assure de aménagements défensifs moins sclérosants.

3.1.4. Le refus, le rejet thérapeutique, l'agressivité

Le sujet aux prises avec son inhibition, s'enferme dans le mutisme ou s'engage dans la réactivité vis-à-vis des soins. L'agressivité est souvent perçue comme dominant le tableau clinique.

Eveil des sensations persécutives : hospitalisation vécue comme la punition, le prix de la dette à payer, un emprisonnement. Lors de notre expérimentation, aucun des sujets ne présente

véritablement ce versant agressif – l’agressivité dont témoignaient certains sujets concernait davantage une revendication d’attention, de présence – mais nous ne pouvons faire abstraction de cette réalité sans quoi notre protocole prendrait une position utopique.

La préconisation préalable au protocole cité, d’une attitude "bienveillante", rassurante, de compréhension des difficultés d’adaptation vécues par le patient peut-être intéressante. De même, qu’une approche plus corporelle augmente les aptitudes à extérioriser l’agressivité, à exprimer les sentiments de colère réprimés. La décharge d’agressivité peut être importante pour le sujet mais difficile à vivre pour le soignant, d’où l’importance d’aide à l’équipe pour elle-même et dans la compréhension et/ou l’interprétation de paroles voir d’actes agressifs.

3.2. Travail thérapeutique autour de l’intentionnalité consciente et inconsciente du sujet

3.2.1 Le sens des mots

3.2.2 Le langage du corps

3.2.3 La réadaptation

Décrypter avec le sujet le mouvement processuel de la désorganisation qui s’inscrit dans la souffrance : trouver le sens du symptôme, à savoir quel compromis il sous-tend.

Il s’agit d’examiner quels bénéfices intègrent le fonctionnement psychique actuel du sujet. Lors du dispositif d’évaluation, l’acceptation des sujets pour l’entretien est préférentiellement portée sur l’attente de « découvrir » les raisons qui l’ont amené jusqu’à cette déstructuration.

Le travail thérapeutique a préalablement ouvert le sujet vers l’intentionnalité symptomatique et le sens qu’il tente de trouver viendra le soulager d’une anxiété anticipatoire : l’angoisse d’un renouvellement, d’une reconduction d’une situation « immaitrisable », « incontrôlable » qui peut rejaillir à tout moment. Evoquer avec lui « l’intentionnalité » consciente et inconsciente lui donne un rôle actif dans la démarche de guérison – il est important d’insister sur la découverte du sens par lui-même, en le guidant, car il a tendance à attendre la « réponse » de l’autre – et surtout l’ouvre vers d’autres moyens pour faire face et donc résorber le sentiment « d’impuissance » à faire face à l’excitation pulsionnelle montante.

Ces perspectives renvoient à effectuer des moyens similaires à ceux employés pour le traitement des phobies, à savoir une confrontation et désensibilisation progressive – dans cette progression abordée dans les méthodes de TCC, nous pourrions reconnaître dans l’accompagnement physique décrit chez certains auteurs puis dans l’autonomisation

progressive, le travail d'étayage et de renouvellement des processus archaïques –. Cependant lorsqu'il s'agit de toucher aux processus de désorganisations psychiques, le travail s'effectue sur les modes de fonctionnement de pensées et la réappropriation corporelle : libération de la « carapace corporelle » par l'affranchissement des fantasmes destructeurs ainsi que la remémoration de l'empreinte perceptuelle.

L'intersubjectivité va jouer le rôle de « réadaptation » et réappropriation des phénomènes affectifs et idéatoires (au sens de C. Dejours), engageant dans le rapport à l'autre la communication verbale et la communication non verbale (engagement du corps dans les modalités d'échange).

3.2.1. Le sens des mots

De la dénomination des mots employés pour décrire ses maux, aux expressions verbales pour décrire ses émotions, la notion de « partage d'affect » prend précisément tout son sens ici.

La transformation subjective va atteindre plus profondément le fonctionnement psychique : de l'expression « j'ai cru mourir » à celle de « l'angoisse m'étreignait de plus en plus » le patient évolue du positionnement impuissant à l'objectivité diagnostique sur lequel peut reposer une modification.

En suivant le même exemple : le clinicien va, avec le patient tenter d'établir la « chronologie » proposée par « de plus en plus » et ainsi tracer le mouvement processuel de la crise évoquée, cheminement du point de départ à l'ultime. La description va prendre un sens plus symptomatique : par exemple : « je commence à sentir mes mains moites », – je sais que c'est le début → j'anticipe alors le moment suivant –, « puis mon cœur bat plus vite », le sujet s'engage de lui-même dans le processus anticipatoire ...

Il va s'agir progressivement de stopper le processus en régression graduelle et ainsi montrer au patient que, grâce à la connaissance de lui-même, il peut avoir une action sur ce processus : passage de la position passive à la position active, de la demande d'aide (dépendance) à l'autonomisation.

Il en est de même pour le processus somatique : « j'ai trop mal » → où, quoi, comment ?

La symbolisation précise des douleurs (morales et physiques) dédramatise et oriente le patient vers de nouvelles perspectives et nouveaux dispositifs. Le patient apprend à mettre des mots sur ses contenus de pensées et contenus sensoriels.

Après ce travail de réajustement qui permet un apaisement plus durable, l'approfondissement peut se réaliser sur des étayages plus profonds, plus douloureux dans la réminiscence. La

construction d'une grille, par le patient, de ses compulsions de répétitions analysées sous la forme de schémas va pointer les aménagements défensifs – précisés lors de nos observations—. Et enfin, il s'agit de favoriser des ouvertures psychologiques : le travail associatif va révéler au sujet son identité, ses limites ... , à l'épreuve des choix, il peut faire face peu à peu à ses propres désirs. Les conflictualités mises à jour ainsi que les ambivalences vont éclairer le sujet sur ses capacités d'élaborer ses propres désirs.

3.2.2. Le langage du corps

L'identité par le corps : la détermination du patient par sa "classification clinique" lui donne une place existentielle et le positionne dans un groupe d'appartenance. « je suis dépressif », « je suis un traumatisé crânien » ... , avec l'intentionnalité de compassion ou d'attention particulière, le danger pour le sujet est de perdre son statut en même temps que ses troubles, d'où les résistances rencontrées (cf, complaisances somatiques). La transformation de ces déterminations, par l'élaboration de sens, va déconstruire la complaisance. « Je suis dépressif » est un état, progressivement le transformer en perception : « je me sens dépressif », en émotionnalité « je me sens triste, sans désir, trop fatigué ... » et par la décomposition et organisation du soin autour des différentes modalités: « je prends plaisir à ..., je vais ... ». Le sujet remplit "l'empreinte du vide", se sécurise contre la menace d'effondrement.

De même, dans « je suis un traumatisé crânien », quel sens donne t-il à ces termes : veut-il insister sur le terme "traumatisé", veut-il donner du poids à une révélation physique d'une douleur morale. La décomposition processuelle va élucider l'intention inconsciente du sujet envers son symptôme et la décomposition de son expression va le transformer et le diriger vers une ouverture plus constructive et plus solide.

L'approche corporelle est une aide considérable tant dans la découverte de l'intentionnalité, que dans les réparations des failles narcissiques, ainsi que dans des stratégies de résolution de problème (travail de deuil : pour conserver notre démarche dynamique). L'unicité psyché-soma permet d'accéder à la prise de conscience de l'accès à la psyché par l'intermédiaire du corps, retentissement reconnu dans toutes les méthodes de médiation corporelle telle que la relaxation.

C. Dejours aborde la question de la construction du corps érogène et met en avant la relaxation comme ce qui « permettrait l'installation d'une sorte de palier de fixation à partir

duquel se réorganise le fonctionnement psychique, dans un "laisser-aller contrôlé" »³⁴⁸. La relaxation favorise la reprise de l'activité de liaison de l'appareil psychique : liaisons des sensations, des émotions et des représentations, dans une unité psyché-soma.

De même que nous avons mis en évidence le besoin de reconstruire le pare-excitation corporel, la relaxation joue un rôle de contenance et procure un apaisement de l'afflux d'excitation désorganisant. L'approche corporelle ravive les empreintes auto-érotiques de l'enveloppe corporelle bénéfiques sur le plan narcissique. Et enfin, la médiation corporelle permet au sujet de se réapproprier les effets physiologiques des émotions, la peau retrouve sa fonction structurante.

3.2.3. La réadaptation

Quelque soit le préjudice physique, il est important d'analyser avec le patient ce qu'il peut en tirer de positif de son expérience de la « crise ». Aider le patient dans l'adaptation aux nouvelles conditions de vie et à l'exploitation de ses ressources.

Dans un premier temps, l'exploitation de l'apaisement et de "l'euphorie" post-crise est primordiale ; la construction du concret à partir de la fantasmatisation (renaissance, autoengendrement ...) va affermir et consolider les projections abordées. Dans un deuxième temps, transférer ces dispositions dans l'univers exploitable du patient sous le principe de la réalité objective. L'évitement de la victimisation est essentiel.

Le protocole de soin soustrait le sujet de sa position de dépendance en lui accordant un rôle actif dans la relation intersubjective : il devient acteur dans sa démarche de guérison. Les processus de changements psychiques, par les moyens thérapeutiques développés, offrent des effets durables et maintiennent la stabilité de l'équilibre psychique.

Dans la mesure où nous insistons actuellement sur la transversalité des compétences, susciter l'intérêt d'une prise de conscience des médecins généralistes et informer les étudiants en médecine sur les incidences du processus de l'angoisse paroxystique, permettrait d'intervenir plus précocement. En médecine préventive, la prise en charge de l'angoisse paroxystique pourrait éviter l'aboutissement vers l'anéantissement psychique ou physique (prévention des AVC, des lombalgies ...).

³⁴⁸ C. DEJOURS : *"Recherches psychanalytiques sur le corps : répression et subversion en psychosomatique"*, Editions Payot, Paris, 1989, p 61

Glossaire ³⁴⁹

ABREACTION (D.F)

Apparition dans le champ de la conscience d'un affect jusque là refoulé.

ACTE (D.F)

Conduite humaine impliquant l'existence d'un sujet dans un comportement de satisfaction d'un besoin biologique, psychologique ou social. Opposé à un comportement instinctif, l'acte suppose la mise en jeu de significations conscientes ou inconscientes, et constitue donc un événement, même minime, dans l'histoire du sujet. L'acteur n'est plus le même avant et après l'acte.

ACTING-OUT (D.F)

Acte symptomatique impulsive qui s'adresse à un destinataire inconscient.

ADDICTION (D.F)

Relation de dépendance aliénante, particulièrement pharmacodépendante, assuétude ou toxicomanie.

AFFECT (D.F)

Emotion éprouvée, inhibée ou réprimée. Conscient ou inconscient, l'affect est lié au sort au sort d'une tension pulsionnelle. Il peut s'accorder à la représentation ou être dissocié de celle-ci, déplacé, converti en symptôme corporel ou réduit à un rudiment. (cf p63)

ALEXITHYMIE (D.F)

Incapacité de pouvoir exprimer ses émotions

ANXIETE :

L'anxiété correspond à l'attente psychologique et à l'appréhension d'un événement heureux ou malheureux, d'une situation difficile ou dangereuse, le plus souvent fictive, méconnue, amplifiée. Elle s'accompagne d'une douleur psychique pénible qui peut être très vive et, dans certains cas, de gesticulation désordonnée, de manies, de paroles scandées, d'excitation ou, au contraire, dans les formes de grande anxiété, de prostration avec fixité du regard. Sentiment d'insécurité indéfinissable (LEMPERIERE Th.) L'anxiété se présente comme une inquiétude permanente alors que l'angoisse est une inquiétude ponctuelle.

ANGOISSE : cf « qu'est ce que l'angoisse », partie 1, introduction, p 58

Est une forme particulière d'anxiété où prédomine la douleur thoracique et la sensation de mort imminente. Sensations physiques de constriction et d'oppression (LEMPERIERE Th.). Angoisse panique : renforcement continu de l'état d'alerte.

L'ANXIETE ET L'ANGOISSE se manifestent souvent sous la forme déguisée d'un trouble psychosomatique. L'anxiété et l'angoisse chroniques sont responsables d'un ralentissement psychomoteur et d'un manque d'enthousiasme, d'initiative, d'intérêt pouvant conduire à une dépression réactionnelle.

ASSERTIVITE

Le mot vient du mot anglais ASSERTIVENESS. Initié par Andrew SALTER psychologue New-yorkais dans la première moitié du siècle dernier. Développé plus récemment par Joseph Wolpe, psychiatre et professeur de médecine américain comme "Expression libre de toutes émotions vis à vis d'un tiers, à l'exception de l'anxiété"

L'assertivité est définie comme une attitude dans laquelle on est capable de s'affirmer tout en respectant autrui. Il s'agit de se respecter soi-même en s'exprimant directement, sans détour, mais avec considération, le respect d'autrui ne doit pas s'exercer au détriment du respect qu'on s'accorde à soi-même. L'évitement de la négation de soi évite la frustration.

ATTAQUE DE PANIQUE :

Angoisse aiguë, d'apparition soudaine. Les symptômes somatiques sont marquants et alertent le sujet. L'attaque de panique est vécue comme une expérience spécifique qu'on peut considérer comme une variation extrême de la peur ou de l'anxiété flottante. Deux types de phénomènes résultent des attaques de panique: à savoir, une anxiété anticipatoire, "crainte réaliste d'une nouvelle attaque imprévisible", et des comportements phobiques d'évitement

³⁴⁹ Les définitions qui feront référence au « Dictionnaire fondamental de la psychologie », Larousse-Bordas, 1997, seront précédées de l'abréviation « D.F. »

en lien avec les contenus de la crise "primaire", (c'est à dire des cognitions erronées associant crises et situations) ou en rapport avec les conséquences de perte de contrôle ou d'absence de secours.

ATTITUDE (D.F)

Disposition interne durable qui sous-tend les réponses favorables ou défavorables de l'individu à un objet ou à une classe d'objets du monde social. Etat de préparation dans lequel se trouve un individu qui va recevoir un stimulus ou donner une réponse et qui oriente de façon momentanée ou durable certaines réponses motrices ou perceptives, certaines activités intellectuelles. L'attitude peut moduler les réponses et les activités psychologiques

AVC: Accident Vasculaire Cérébral / AVCI accident ischémique AVCI sont secondaires à une occlusion vasculaire dont le mécanisme peut être artério-artériel ou cardiaque. / AVCH: accident hémorragique, affections veineuses chroniques (AVCh) des membres inférieurs

BESOIN (D.F)

Etat de l'organisme résultant d'un déséquilibre entre, d'une part, des normes physiologiques ou culturelles et, d'autre part, des informations sur l'état du milieu intérieur ou extérieur, ou des représentations.

CARENCE (D.F)

Absence ou insuffisance psychologiques indispensables au développement harmonieux de l'être humain. CARENCE AFFECTIVE : privation de la présence de la mère ou d'un substitut maternel satisfaisant pendant plusieurs mois.

COMPORTEMENT (D.F)

Manière d'être et d'agir, manifestations objectives de l'activité globale. Le comportement est un ensemble de phénomènes observables de façon externe. De manière plus épistémologique : le comportement est une réalité appréhendable sous la forme d'unités d'observation, les actes, dont la fréquence et les enchaînements sont susceptibles de se modifier.

COMPULSION (D.F)

Tendance intérieure impérative poussant un sujet à accomplir une certaine action ou à penser à une certaine idée alors qu'il la réprouve et se l'interdit sur le plan conscient. Malgré son caractère irrésistible, le sujet peut lutter contre cette tendance dont la non exécution est pour lui génératrice d'angoisse (# impulsion)

CREATIVITE (D.F)

Capacité de produire des œuvres nouvelles, d'user de comportements nouveaux, de trouver des solutions nouvelles à un problème.

CRISE (D.F)

Rupture violente du processus évolutif, dont la direction se voit soudain masquée, modifiée ou inversée. La crise marque une discontinuité profonde. La notion englobe aussi les impressions éprouvées par l'individu qui n'arrive pas à surmonter un conflit : la crise représente alors l'aspect aigu d'une ambivalence.

CRISE D'ANGOISSE PAROXYSTIQUE:

Elle intervient d'une manière spontanée ou, le plus souvent sont induites par l'exposition à une situation anxiogène ou son anticipation.

DYSADEQUAT *adj.* (psychobiologie) : *Néologisme* formé à partir du grec *dus*, exprimant l'idée de difficulté, de manque, et du substantif "adéquation". Il est proposé d'appeler "dysadéquation" l'ensemble des contextes sociaux et culturels, ainsi que l'ensemble des états physiologiques, psychiques ou comportementaux qui ne sont pas en adéquation avec la Réalité psychobiologique du sujet et écologique de la biosphère.

DENEGATION

Enonciation d'une pensée refoulée qui se dit sous forme négative(D.F). Le sujet est dans la négation d'un énoncé, il le refuse sans le refouler.

DENI

Cette notion concerne la modalité du clivage du moi pour annuler et agréer à la fois la réalité (D.F). Mécanisme de défense faisant appel au refoulement.

DOULEUR (D.F)

Expérience sensorielle et affective négative provoquant des comportements d'évitement et de suppression des conditions qui lui ont donné naissance. DOULEUR MORALE sentiment prolongé de peine et de souffrance mentale. Par opposition à la douleur d'origine physique ou somatique, la douleur morale reste uniquement psychique, ne s'accompagne pas de sensations graves de malaise physique et se rattache généralement aux états d'anxiété et à la dépression.

EFFROI (D.F)

Réaction à une situation de danger intense qui sidère le sujet surpris et qui le met dans l'impossibilité de s'en protéger. Ce terme, que S. Freud opposait à la peur et à l'angoisse, à suivi les vicissitudes de la théorie du traumatisme ; il souligne bien l'effet de celui-ci, qui anéantit la possibilité même d'élaborer.

EMOTION (D.F)

Constellation de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives, physiologiques et subjectives typiques. Elles s'accompagnent généralement de tendances d'action caractéristiques et s'inscrivent en rupture de continuité par rapport aux processus qui était en cours chez le sujet au moment de leur apparition.

EMPRISE

L'emprise est considérée comme un moyen pour la pulsion d'atteindre la satisfaction et s'appuie sur un objet d'emprise qui appartient au monde extérieur et cela en se situant en objet d'emprise ou en prenant appui sur l'autre. L'emprise se situe donc à l'interface entre le monde extérieur et le monde intérieur.

ETAYAGE (D.F)

Relation primitive des pulsions sexuelles aux pulsions d'autoconservation. L'étayage désigne aussi un mode de choix d'objet d'amour, par opposition au choix d'objet narcissique. La fonction corporelle fournit à la sexualité sa source (la zone érogène) ; elle indique un objet (le sein, par exemple) et elle procure un plaisir non réductible à l'assouvissement ; le désir de répéter la satisfaction sexuelle se sépare alors du besoin de nutrition et doit en passer par la demande liée au langage. Ce double investissement de l'organe peut en faire la cible du symptôme.

FRUSTRATION (D.F)

Etat d'un sujet qui se trouve dans l'incapacité d'obtenir l'objet de satisfaction qu'il convoite.

HANDLING (D.F)

Selon la terminologie de D-W. Winnicott, façon adéquate de manipuler et de soigner corporellement un bébé, qui favorise plus particulièrement, dans son développement spontané, le processus de personnalisation. Cette fonction naît, comme le holding, de l'identification de la mère à son nouveau né, qui la rend capable de s'adapter à ses tout premiers besoins de manière presque parfaite.

HEDONISME (D.F)

Toute recherche active de plaisir non pathologique.

HILFLOSIGKEIT :

Terme employé par S. Freud pour décrire la détresse infantile. DETRESSE infantile : sentiment d'abandon manifeste de la dépendance du nourrisson à l'égard de la mère vécue comme toute-puissante. La situation de détresse du nourrisson laisse des traces inconscientes qui, dans les séparations ultérieures, peuvent entraîner une symptomatologie dépressive.

HOLDING (D.F)

Façon qu'à la mère de porter et de maintenir, physiquement et psychologiquement, son nourrisson en état de dépendance absolue. Elle lui procure ainsi un sentiment de sécurité fondamental, base pour D-W. Winnicott de la force du moi.

IDEATION

Formation et enchainement des idées(D.F). IDEATIONS SUICIDAIRES formation et enchainement des idées morbides et incessantes qui peuvent être précurseurs de passage à l'acte suicidaire.

IMPULSION (D.F)

Tendance irrésistible à l'accomplissement d'un acte. Elles se distinguent nettement des compulsions en ce qu'elles se produisent spontanément, sans aucune lutte anxieuse intérieure ne les précède.

INCORPORATION (D.F)

Processus par lequel le sujet fait pénétrer et conserve un objet à l'intérieur de son corps sur un mode plus ou moins fantasmé. L'incorporation constitue un mode de relation d'objet caractéristique du stade oral, même si elle peut s'appliquer à d'autres zones érogènes et à d'autres fonctions. Elle sert de prototype corporel à l'introjection et à l'identification primaire.

INDIVIDUATION (D.F)

Processus par lequel un organisme se singularise par rapport aux organismes qui lui sont le plus proches génétiquement ou socialement.

LIAISON-DELIAISON (D.F)

Couple conceptuel qui sert à décrire dans l'appareil psychique la manière dont circule, se fixe et se décharge l'énergie psychique, du point de vue économique-dynamique

METAPSYCHOLOGIE (D.F)

La métapsychologie « s'applique à clarifier et à approfondir les hypothèses théoriques sur lesquelles un système psychanalytique pourrait être fondé » (Freud, 1915) : existence de l'inconscient, division de l'appareil psychique en instances, théorie du refoulement, de la pulsion et du destin des pulsions, etc.

NEURASTHENIE (D.F)

Etat chronique de fatigabilité et d'asthénie physique et intellectuelle évoluant sur un fond dépressif et s'accompagnant généralement de doléances somatiques nombreuses.

OBJET (D.F)

Ce qui permet la réalisation de la relation pour un sujet. L'objet de la pulsion : les objets correspondent aux pulsions partielles qui les définissent. Ils sont au nombre de quatre : le sein, les fèces, la voix, le regard. L'objet est nommé « partiel » dans la mesure où il focalise la pulsion sur une partie du corps. L'objet de la pulsion est d'après S. Freud « ce en quoi ou par quoi elle peut atteindre son but ». L'objet transitionnel et l'objet a : pour D-W. Winnicott, l'objet transitionnel est le 1^{er} objet matériel que possède le nourrisson même s'il ne le définit pas comme le sien. L'objet transitionnel de D-W. Winnicott a été le point de départ de l'objet a de Lacan. L'objet a prend plusieurs significations ; il est d'abord l'agent entre le sujet et le signifiant. Il est l'objet perdu du fait du clivage du sujet, la cause du désir car son absence amène à l'éternité du désir. Il est le déchet support de l'être. C'est aussi le représentant de l'objet du manque (le phallus), l'objet métonymique du désir. Il est la médiation du sujet à l'idéal du moi. Cause du désir, l'objet a est l'objet de la pulsion mais aussi l'objet du fantasme.

PASSAGE A L'ACTE (D.F)

Agir impulsif violent, souvent agressif (suicidaire ou meurtrier) qui se veut irréversible. Contrairement à l'acting-out, le passage à l'acte n'appelle aucune réponse. Il rompt la scène du fantasme inconscient, le sujet se faisant déchet réel et visant ainsi à son annihilation. Ce n'est pas un acte, au sens où il ne comporte pas d'après-coup.

PATIENT

Catégorie d'actants correspondant à celui ou celle qui subit l'effet d'une action (D.F). La dimension plus clinique et institutionnelle qui découle de l'observation identifie un *patient* en soin. (p282)

PHALLUS (D.F)

Pour S. Freud, symbole du manque du pénis ; chez Lacan, signifiant indiquant les effets du langage sur la sexualité.

PHOBIE (D.F)

Peur non raisonnée et continue d'un objet, d'un être vivant ou d'une situation déterminée qui, en eux-mêmes, ne présentent aucun danger. Peur immotivée qu'éprouve un sujet devant un espace, un animal ou une situation sociale.

PRIVATION (D.F)

Fait de retirer à quelqu'un la jouissance d'un bien, d'un droit. Freud (1916-1917) indique que la privation n'est pas pathogène sauf si « elle porte sur la seule satisfaction que le sujet exige ». Il fait donc la différence entre une satisfaction externe que le sujet refuse (privation) et une satisfaction interne que le sujet se refuse (frustration). Elle devient le résultat d'une interdiction en 1927.

PROCESSUS

Evolution et transformation du mode de fonctionnement de l'appareil psychique par l'activité pulsionnelle.

PSYCHOSOMATIQUE (D.F)

(Définition générale) Se dit de ce qui concerne à la fois le corps et l'esprit, notamment à propos des atteintes viscérales organiques ou fonctionnelles provoquées partiellement ou totalement par des facteurs psychoactifs.

RAPTUS (D.F)

Comportement paroxystique à caractère de décharge irrésistible et brutale au cours duquel le sujet, entraîné par un état émotionnel intense, risque de passer à l'acte d'une manière parfois dramatique, sur le mode de l'évitement ou de l'agressivité.

REACTION (D.F)

Réponse psychopathologique originale et spécifique qu'un individu peut opposer à un événement vital, un traumatisme psychologique risquant de mettre en péril son équilibre mental.

REDUCTION DE TENSION (D.F)

Processus psychologique ou comportemental par lequel l'énergie produite par les forces qui émanent des divers éléments du champ phénoménal, psychologique ou cérébral, est ramené à un niveau minimal, le plus proche possible de l'équilibre.

REEL (D.F)

Concept proposé par J. Lacan et qui nomme ce qui est impossible à atteindre, aussi bien par les processus imaginaires que par les processus symboliques, et, qui surgit chez un sujet en produisant des effets de l'ordre de l'horreur, de la sidération, ou du symptôme.

REFOULEMENT (D.F)

Mise à l'écart de représentations gênantes pour le psychisme et de l'excitation qu'elles véhiculent. La satisfaction pulsionnelle est déviée, annulée, déplacée, sublimée pour permettre un plaisir supportable.

REPRESENTAION (D.F)

S. Freud (1915) utilise le terme de représentation psychique pour désigner l'inscription dans le psychisme d'excitations corporelles. Le travail des pulsions s'inscrit dans cette logique qui comporte l'établissement de traces mnésiques, et la transformation économique des énergies liées (affect), celles dont le mouvement vers la décharge est retardé. (cf p63)

SCENE PRIMITIVE (D.F)

Scène fantasmatique où le sujet s'image présent lors de sa conception, en assistant au coït de ses parents.

SCHEMA CORPOREL

Représentation plus ou moins consciente du corps – en action ou immobile –, de sa position dans l'espace ainsi que de la posture des différents segments corporels (D.F). Image de soi en relation avec les sensations et perceptions vécues dans son corps.

SENTIMENT

Dans son sens psychanalytique, en tant que « Conscience que l'on a de soi et du monde extérieur », « Émotivité excessive liée à une représentation prévalente qui dirige l'activité psychique et sociale en lui donnant une forme particulière, expression visible du trouble mental » (MARCH. 1970) (cf p96)

SIGNIFIANT (D.F)

Forme concrète (image acoustique, symbole graphique) du signe linguistique. Élément du discours qui, joint au signifié, préexiste au sujet et le détermine, le signifiant exerçant une suprématie sur le signifié.

SIGNIFIÉ (D.F)

Contenu sémantique du signe linguistique

SUJET

L'utilisation du terme de *sujet* montre la dimension plus objectivante de l'observation, c'est-à-dire l'observation du sujet dans ses états mentaux et en tant qu'observateur conscient de ce qui se produit en lui-même. (p282)

INDEX des mots

- acte, 6, 10, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 34, 55, 63, 76, 77, 78, 101, 106, 115, 118, 123, 124, 125, 132, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 168, 170, 171, 177, 181, 182, 185, 196, 198, 202, 205, 215, 216, 220, 221, 225, 229, 230, 233, 246, 247, 250, 254, 258, 269, 278, 282, 283, 285, 290, 303, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 313, 314, 318, 320, 321, 322, 323, 325, 326, 329, 332, 333, 339, 341, 343, 344, 353, 355, 356, 371, 379
- acting-out, 6, 19, 66, 118, 120, 125, 135, 138, 139, 141, 142, 144, 152, 155, 159, 169, 223, 313, 320, 328, 356
- activité, 27, 33, 35, 36, 40, 47, 59, 73, 74, 96, 111, 113, 117, 121, 138, 151, 156, 167, 168, 192, 200, 202, 204, 206, 224, 244, 257, 280, 295, 300, 302, 303, 315, 322, 332, 335, 341, 344, 352, 354, 356, 357, 377
- Addiction, 9, 276, 277, 282
- affect, 4, 6, 17, 26, 31, 32, 34, 35, 36, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 76, 77, 83, 90, 91, 92, 94, 99, 100, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 119, 120, 121, 123, 124, 130, 149, 152, 169, 170, 173, 176, 177, 178, 183, 203, 205, 220, 240, 250, 287, 295, 298, 299, 312, 332, 334, 336, 338, 341, 347, 348, 350, 353, 357, 367, 370, 371
- agir, 6, 10, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 51, 54, 135, 136, 137, 138, 139, 148, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 164, 165, 169, 170, 171, 185, 190, 197, 201, 202, 206, 220, 221, 241, 244, 246, 247, 254, 260, 283, 295, 299, 303, 305, 308, 318, 322, 323, 326, 328, 333, 334, 341, 342, 343, 350, 354, 379
- agressivité, 7, 8, 10, 11, 18, 21, 47, 49, 68, 81, 92, 97, 98, 102, 114, 115, 121, 132, 135, 136, 142, 143, 146, 149, 152, 154, 164, 166, 167, 168, 177, 184, 185, 191, 198, 199, 200, 201, 202, 205, 206, 209, 210, 214, 215, 216, 220, 221, 246, 254, 282, 292, 297, 307, 313, 314, 323, 340, 341, 347, 348, 349, 356, 377, 379
- ambivalence, 22, 26, 95, 97, 110, 121, 122, 129, 130, 131, 185, 187, 191, 192, 199, 208, 211, 213, 216, 268, 291, 294, 310, 323, 342, 346, 354
- aménagement défensif, 9, 111, 160, 222, 241, 257, 264, 269, 274, 282, 301
- angoisse automatique, 5, 17, 18, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 107, 123, 204, 348
- angoisse d'abandon, 11, 97, 144, 289, 340, 341, 345, 346, 348
- angoisse d'effacement, 10, 26, 97, 98, 282, 307, 310
- angoisse de castration, 35, 36, 58, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 95, 147, 178, 210, 289
- Angoisse de destruction, 98, 254
- angoisse de morcellement, 58, 72, 197, 309
- angoisse de mort, 5, 10, 18, 26, 58, 90, 97, 99, 100, 101, 102, 130, 131, 132, 151, 154, 203, 261, 282, 303, 307, 309, 310, 321
- angoisse de perte, 24, 58, 97, 144, 154, 165, 196, 208, 212, 260, 262, 266, 270, 276, 287, 288, 291, 293, 300, 332, 341, 346, 371
- Angoisse de rejet, 98, 254
- Angoisse de séparation, 95, 277
- Angoisse de vide, 98, 254, 260, 266, 270, 277
- angoisse paroxystique, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 56, 57, 60, 62, 73, 96, 99, 100, 102, 104, 105, 116, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 132, 133, 134, 136, 137, 148, 154, 156, 161, 164, 169, 171, 172, 176, 185, 197, 218, 219, 220, 221, 225, 240, 246, 247, 255, 282, 283, 284, 286, 290, 291, 292, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 308, 311, 322, 326, 337, 340, 341, 342, 343, 344, 348, 352, 379
- angoisse signal, 83, 103, 104, 334, 348
- attitude, 6, 11, 23, 54, 138, 156, 164, 168, 187, 222, 225, 240, 243, 250, 251, 321, 323, 347, 349, 353, 354
- auto-érotisme, 66, 72, 191, 291, 293, 299, 311, 345
- autopunition, 8, 21, 26, 50, 87, 97, 132, 139, 166, 181, 184, 203, 204, 207, 208, 303, 309, 312, 326, 369
- besoin, 21, 25, 26, 27, 48, 50, 51, 65, 79, 81, 82, 90, 93, 94, 95, 116, 118, 129, 130, 131, 132, 133, 150, 151, 152, 155, 161, 162, 168, 181, 183, 187, 190, 200, 201, 202, 206, 207, 214, 220, 227, 228, 229, 234, 251, 263, 267, 268, 277, 279, 286, 287, 288, 290, 291, 293, 294, 297, 298, 300, 301, 309, 315, 316, 318, 319, 322, 323, 332, 333, 336, 338, 341, 342, 343, 346, 352, 353, 355
- Ça, 67, 68, 71, 74, 78, 84, 90, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 117, 123, 132, 143, 147, 151, 161, 168, 173, 177, 178, 180, 188, 195, 196, 204, 207, 238, 303, 332, 343, 362
- castration, 5, 35, 61, 62, 79, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 96, 98, 100, 114, 117, 119, 120, 122, 124, 132, 144, 146, 155, 178, 196, 303, 331, 362
- clivage, 27, 71, 93, 101, 111, 114, 129, 191, 196, 200, 287, 308, 326, 328, 342, 354, 356
- complexe d'œdipe, 86, 87, 89, 166
- comportement, 18, 19, 25, 39, 48, 49, 55, 156, 157, 159, 160, 187, 191, 196, 200, 202, 203, 205, 206, 207, 210, 240, 251, 285, 286, 292, 295, 296, 297, 298, 302, 306, 313, 315, 320, 321, 322, 323, 332, 337, 353, 354
- compulsion de répétition, 19, 21, 82, 105, 107, 108, 142, 152, 162, 203, 207, 342, 344

conduite ordalique, 8, 184, 205, 295
 confrontation, 15, 87, 95, 121, 129, 133, 138, 141, 155, 161, 165, 166, 172, 179, 182, 204, 206, 268, 287, 294, 301, 349, 378
 crise, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 19, 20, 22, 27, 29, 42, 44, 47, 57, 59, 100, 101, 113, 138, 144, 145, 147, 148, 157, 158, 160, 161, 169, 218, 221, 226, 227, 228, 229, 230, 232, 239, 241, 244, 246, 248, 249, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 272, 273, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 285, 288, 305, 307, 310, 311, 314, 317, 318, 321, 329, 334, 339, 341, 342, 344, 345, 346, 347, 350, 352, 354, 368, 371, 377, 379
 culpabilité, 5, 6, 22, 23, 47, 51, 54, 82, 87, 89, 90, 91, 96, 97, 98, 99, 102, 110, 111, 112, 116, 117, 118, 123, 126, 129, 131, 132, 133, 146, 149, 153, 164, 166, 167, 170, 177, 178, 181, 183, 191, 192, 195, 199, 200, 203, 204, 208, 209, 210, 213, 215, 217, 221, 224, 252, 253, 275, 282, 289, 292, 293, 295, 296, 299, 302, 303, 307, 310, 311, 316, 317, 318, 319, 322, 325, 333, 346, 377
 décharge, 5, 7, 18, 19, 20, 26, 27, 36, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 75, 76, 77, 83, 102, 106, 107, 108, 110, 121, 123, 125, 129, 130, 135, 137, 138, 148, 149, 150, 153, 154, 155, 157, 159, 161, 162, 163, 165, 168, 169, 170, 173, 177, 178, 185, 200, 220, 225, 228, 251, 286, 292, 303, 305, 308, 311, 312, 313, 318, 323, 326, 329, 331, 333, 336, 339, 341, 342, 347, 349, 355, 356, 357, 379
 décharge pulsionnelle, 108, 156, 334
 déliaison, 10, 16, 18, 22, 25, 26, 27, 60, 65, 77, 91, 96, 104, 107, 109, 130, 131, 135, 139, 147, 152, 154, 160, 178, 180, 197, 200, 225, 247, 282, 303, 305, 307, 308, 311, 312, 314, 323, 329, 341, 342, 368, 379
 dénégation, 32, 114, 165, 200, 206, 260
 déni, 26, 27, 49, 93, 111, 114, 129, 157, 192, 195, 200, 287, 289, 312, 321, 328
 dépendance, 8, 9, 10, 11, 21, 24, 41, 46, 47, 50, 55, 78, 94, 95, 97, 98, 131, 145, 147, 166, 167, 168, 174, 183, 186, 187, 192, 203, 206, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 217, 227, 228, 229, 253, 264, 282, 283, 284, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 299, 302, 303, 315, 318, 323, 326, 332, 333, 335, 337, 340, 345, 346, 350, 352, 353, 355, 369, 370, 377, 379
 dépersonnalisation, 16, 24, 39, 55, 97, 102, 122, 123, 154, 258, 284, 285, 306, 308, 326, 327, 342
 déprivation, 6, 23, 126, 133, 164, 167, 193, 194, 221, 224, 252, 279, 300, 323
 déréalisation, 24, 55, 97, 154, 173, 284, 285, 306, 308, 342
 désir, 5, 7, 11, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 37, 40, 50, 51, 61, 62, 65, 66, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 103, 105, 106, 110, 111, 113, 117, 119, 120, 122, 123, 131, 132, 137, 139, 140, 141, 143, 144, 145, 146, 150, 153, 154, 155, 158, 161, 162, 164, 166, 168, 169, 177, 178, 181, 182, 186, 187, 189, 190, 192, 193, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 208, 210, 212, 213, 214, 215, 220, 223, 225, 227, 253, 266, 274, 284, 291, 294, 295, 302, 303, 308, 309, 310, 311, 312, 319, 320, 322, 323, 328, 332, 333, 337, 338, 342, 343, 346, 347, 351, 355, 356
 désorganisation, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 50, 65, 97, 98, 104, 140, 144, 147, 148, 154, 160, 165, 170, 174, 175, 176, 190, 220, 246, 247, 291, 303, 304, 312, 330, 334, 335, 342, 343, 344, 349, 379
 destruction, 10, 11, 19, 21, 22, 25, 65, 77, 91, 96, 105, 107, 109, 110, 115, 116, 117, 129, 137, 144, 152, 160, 162, 163, 166, 188, 191, 192, 197, 201, 203, 209, 210, 214, 217, 220, 223, 282, 305, 311, 314, 317, 318, 322, 379
 destructivité, 7, 8, 11, 20, 21, 23, 105, 114, 136, 148, 164, 166, 184, 185, 192, 198, 201, 207, 208, 210, 213, 215, 216, 220, 221, 223, 225, 246, 264, 265, 266, 283, 302, 311, 314, 318, 334, 342, 371, 379
 déstructuration, 148, 159, 304, 349
 Dévalorisation, 7, 138, 167, 222, 224, 226, 253, 254, 270, 274, 276, 279, 280, 362
 économique, 26, 58, 63, 78, 84, 102, 105, 107, 108, 109, 118, 122, 137, 150, 152, 176, 179, 220, 308, 311, 342, 357
 élaboration, 7, 17, 20, 23, 28, 34, 38, 46, 58, 62, 64, 68, 77, 96, 100, 101, 104, 121, 137, 145, 148, 155, 158, 159, 169, 173, 184, 187, 189, 202, 205, 220, 240, 252, 253, 332, 334, 339, 341, 344, 351
 émotion, 94, 139, 158, 161, 280, 295, 297, 315
 emprise, 8, 11, 21, 22, 68, 69, 111, 115, 131, 135, 146, 158, 161, 165, 166, 184, 192, 193, 199, 200, 201, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 252, 261, 264, 265, 266, 285, 288, 291, 293, 296, 300, 303, 314, 319, 320, 333, 335, 337, 340, 345, 346, 347, 355, 368, 371
 énergie psychique, 15, 122, 355
 envahissement, 8, 10, 23, 161, 178, 183, 196, 218, 225, 227, 230, 283, 284, 296, 322, 324
 Eros, 5, 6, 22, 99, 106, 107, 109, 115, 126, 127, 128, 129, 135, 152, 162, 198, 199, 201, 203, 217, 220, 300, 320, 328, 362
 état limite, 58, 112, 196
 étayage, 69, 70, 71, 110, 131, 144, 174, 179, 180, 187, 199, 200, 211, 212, 233, 320, 326, 338, 343, 347, 348, 350, 355
 évitement, 14, 35, 37, 39, 47, 48, 52, 55, 103, 141, 150, 164, 166, 204, 205, 229, 313, 314, 319, 331, 347, 352, 353, 354, 356, 374, 377
 excitation, 4, 17, 18, 25, 31, 32, 33, 34, 51, 58, 60, 61, 62, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 84, 92, 97, 98, 100, 101, 102,

- 103, 105, 114, 116, 124, 125, 137, 139, 147, 149, 151, 155, 160, 161, 162, 165, 168, 169, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 190, 197, 205, 206, 215, 216, 229, 284, 286, 299, 300, 304, 311, 312, 329, 331, 332, 334, 338, 339, 342, 345, 346, 349, 352, 353, 357, 363
pare-excitation, 69, 71, 105, 174
fantasme, 5, 6, 19, 36, 64, 67, 70, 77, 78, 79, 81, 82, 86, 94, 99, 103, 107, 110, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 137, 138, 139, 140, 142, 144, 145, 147, 152, 155, 158, 164, 170, 173, 178, 180, 187, 193, 194, 196, 200, 205, 206, 207, 210, 211, 212, 213, 220, 291, 299, 309, 317, 356, 369, 370, 371
frustration, 42, 45, 53, 85, 87, 90, 94, 96, 98, 104, 133, 147, 149, 158, 166, 214, 267, 277, 279, 285, 298, 299, 347, 353, 356
honte, 5, 8, 12, 23, 54, 90, 98, 99, 110, 112, 133, 153, 168, 177, 190, 194, 195, 196, 214, 218, 220, 224, 225, 226, 274, 275, 276, 277, 278, 288, 298, 304, 309, 318, 333, 336
Idéal du moi, 98, 196, 215, 230, 253, 362
idéalisation, 25, 133, 167, 186, 194, 195, 212, 213, 271, 299, 300, 325
Idéations suicidaires, 145, 235, 254, 265, 272, 275, 277, 278
Identification, 10, 79, 241, 253, 282, 302, 362
incorporation, 7, 23, 117, 175, 184, 188, 190, 195, 225, 355
inhibition, 6, 7, 9, 15, 24, 26, 35, 37, 39, 47, 48, 49, 51, 53, 55, 90, 111, 122, 123, 138, 139, 150, 153, 154, 157, 164, 167, 184, 191, 204, 210, 213, 227, 258, 282, 284, 285, 287, 314, 331, 341, 348, 377
insécurité, 6, 23, 39, 42, 47, 50, 95, 97, 126, 130, 131, 133, 164, 186, 193, 204, 221, 222, 252, 262, 285, 287, 290, 293, 312, 322, 353, 363, 377
instinct, 21, 117, 132, 176, 199, 200, 203, 208, 210, 213, 313, 328
investissement, 72, 87, 106, 111, 112, 113, 114, 150, 174, 185, 188, 192, 193, 197, 200, 208, 210, 212, 295, 303, 304, 313, 331, 332, 337, 338, 342, 344, 347, 355
isolation, 6, 138, 154, 165
isolement, 37, 48, 49, 51, 90, 153, 158, 165, 265, 288, 289, 302, 314, 378
langage, 5, 11, 15, 61, 62, 66, 73, 75, 76, 77, 82, 88, 113, 120, 122, 146, 178, 179, 180, 183, 332, 333, 349, 351, 355, 356, 370
libido, 32, 35, 40, 75, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 115, 149, 150, 174, 185, 203, 208, 213, 216, 286, 295, 300, 311, 330, 331, 334
limites du moi, 178
maîtrise, 26, 90, 107, 114, 146, 166, 168, 206, 301, 315, 321, 335, 347
manque, 17, 26, 40, 41, 48, 50, 72, 75, 78, 84, 85, 86, 87, 89, 95, 97, 98, 104, 110, 114, 119, 120, 124, 125, 128, 129, 130, 132, 133, 144, 155, 158, 173, 174, 175, 178, 187, 194, 204, 205, 211, 212, 213, 250, 260, 275, 286, 287, 288, 289, 294, 296, 297, 302, 310, 311, 324, 331, 333, 334, 341, 353, 354, 356
masochisme, 5, 8, 99, 106, 107, 109, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 132, 167, 175, 181, 184, 203, 206, 207, 208, 221, 294, 325, 370
métapsychologie, 30, 66, 108, 117, 293, 356
narcissisme, 5, 21, 22, 25, 66, 69, 78, 99, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 117, 122, 125, 131, 135, 143, 163, 185, 188, 189, 190, 192, 194, 195, 196, 197, 199, 207, 209, 210, 213, 216, 221, 224, 285, 286, 288, 293, 295, 301, 304, 308, 326, 331, 332, 335, 343, 346, 368
néantisation, 72, 112, 113, 125, 214, 320
négation, 36, 113, 114, 131, 147, 163, 165, 166, 212, 286, 287, 299, 321, 330, 347, 353, 354
négativité, 5, 73, 81, 99, 110, 112, 113
Nirvana, 102, 107, 125, 135, 209, 219, 363
objet, 5, 17, 20, 22, 35, 36, 37, 39, 43, 48, 49, 50, 53, 54, 58, 61, 62, 63, 65, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 91, 94, 95, 97, 100, 102, 103, 105, 106, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 127, 129, 131, 132, 133, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 151, 155, 160, 162, 163, 166, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 182, 183, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 201, 205, 206, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 221, 253, 285, 286, 288, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 297, 299, 302, 304, 308, 310, 311, 312, 313, 318, 320, 321, 326, 331, 333, 335, 336, 337, 338, 342, 354, 355, 356, 362, 363, 369, 371, 373, 374
obsession, 35, 36, 101, 151, 176, 303, 373
obsessionnel, 36, 53, 79, 81, 118, 154, 155, 214, 303
Ordalie, 9, 254, 261, 265, 270, 282, 295, 363
passage à l'acte, 15, 19, 29, 66, 77, 118, 120, 125, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 155, 158, 159, 163, 305, 320, 328, 355, 356, 369, 370, 379
phobie, 34, 35, 36, 37, 39, 48, 49, 52, 53, 64, 155, 176, 192, 276, 291, 308, 371, 373, 374
possessivité, 8, 10, 23, 166, 218, 225, 253, 283, 322
principe d'autoconservation, 67, 123, 166, 220
principe de plaisir, 40, 73, 77, 83, 84, 94, 101, 102, 103, 107, 109, 115, 125, 127, 137, 150, 151, 152, 162, 172, 173, 174, 176, 177, 179, 180, 183, 199, 203, 204, 207, 208, 216, 246, 368, 370
principe de réalité, 67, 94, 107, 109, 151, 152, 173, 179
psychosomatique, 7, 8, 12, 23, 76, 124, 169, 172, 173, 174, 175, 180, 190, 208, 218, 223, 225, 226, 269, 270, 271, 272, 302,

303, 313, 314, 315, 318, 321, 334, 352, 353, 368, 371

pulsion de mort, 5, 18, 22, 26, 28, 60, 66, 73, 81, 89, 91, 96, 97, 99, 101, 102, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 123, 125, 128, 134, 135, 137, 143, 147, 149, 151, 152, 160, 162, 166, 167, 174, 176, 181, 185, 198, 199, 209, 210, 211, 213, 216, 240, □311, 312, 315, 320, 329, 339, 341, 342, 379

pulsion de vie, 107, 109, 123, 125, 160, 166, 192, 341

recherche de sensation, 8, 163, 184, 293, 302

recherche de sensations, 156, 206, 207

refoulement, 5, 31, 32, 35, 36, 37, 48, 64, 84, 90, 91, 93, 99, 100, 105, 106, 111, 113, 120, 121, 123, 129, 149, 150, 170, 176, 196, 204, 207, 287, 308, 329, 354, 356

régression, 27, 28, 37, 50, 90, 115, 117, 146, 152, 165, 168, 175, 176, 192, 208, 219, 228, 304, 321, 326, 329, 330, 339, 342, 343, 344, 350

Réitération, 7, 222, 226, 257, 258, 259, 260, 325, 363

réparation, 20, 27, 162, 191, 195, 233, 239, 243, 318, 327, 338, 339

représentation, 23, 33, 34, 35, 37, 39, 49, 51, 63, 64, 70, 74, 75, 76, 77, 78, 91, 93, 96, 100, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 120, 121, 125, 127, 132, 146, 148, 150, 152, 155, 166, 173, 174, 176, 178, 179, 183, 188, 198, 200, 202, 204, 213, 220, 225, 238, 266, 310, 312, 314, 334, 337, 346, 353, 357, 370

résignation, 101, 151, 156, 164, 165, 176, 220, 301, 313, 315, 320

rétenion, 26, 259, 314, 315

retournement contre soi, 216, 303, 342

revendication, 6, 23, 35, 88, 95, 116, 126, 131, 132, 133, 164, 165, 187, 208, 221, 223, 252, 276, 322, 349

révolte, 100, 104, 138, 160, 166, 167, 209, 273, 294, 303

satisfaction, 22, 25, 27, 65, 77, 79, 81, 91, 93, 94, 95, 104, 110, 121, 131, 132, 133, 150, 151, 155, 161, 162, 166, 170, 175, 182, 188, 189, 190, 191, 193, 200, 204, 207, 211, 220, 230, 250, 251, 293, 294, 300, 307, 310, 315, 320, 329, 332, 337, 342, 343, 353, 355, 356, 357, 368

sublimation, 9, 25, 161, 168, 186, 228, 282, 284, 299, 300, 301, 302, 318, 331

suicidaire, 6, 19, 27, 113, 116, 125, 135, 138, 139, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 153, 157, 158, 159, 160, 163, 171, 196, 247, 290, 309, 328, 339, 355, 356, 370, 371, 379

suicide, 138, 144, 145, 146, 147, 149, 154, 159, 165, 205, 234, 306, 320, 321, 330, 367, 368, 370, 371

Surmoi, 5, 37, 60, 61, 67, 68, 72, 74, 86, 89, 90, 98, 100, 104, 105, 112, 117, 123, 132, 143, 144, 146, 147, 151, 155, 161, 166, 168, 177, 178, 180, 195, 199, 204, 208, 211, 214, 238, 301, 303, 333, 343, 363

symbolique, 68, 70, 75, 77, 78, 84, 85, 87, 88, 95, 112, 119, 132, 144, 145, 146, 147, 150, 194, 332, 333, 334

symptôme, 5, 7, 10, 15, 17, 20, 27, 32, 33, 35, 36, 58, 59, 61, 62, 66, 75, 82, 83, 84, 95, 100, 103, 106, 122, 123, 125, 129, 130, 131, 132, 139, 142, 150, 151, 153, 163, 164, 169, 170, 172, 173, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 197, 204, 205, 220, 239, 283, 308, 319, 323, 328, 329, 330, 332, 333, 338, 339, 342, 349, 351, 353, 355, 357, 367, 368

Thanatos, 5, 6, 73, 99, 106, 126, 127, 128, 152, 162, 203, 213, 300, 320, 328

toute-puissance, 125, 168, 192, 194, 206, 278, 293, 300, 313, 323

trace mnésique, 11, 35, 54, 162, 183

traumatisme

traumatismes, 23, 35, 69, 94, 133, 137, 162, 165, 235, 265, 280, 287, 312, 330, 355, 356

violence, 7, 8, 19, 21, 22, 41, 73, 125, 135, 137, 143, 146, 148, 153, 154, 164, 167, 174, 183, 184, 185, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 209, 210, 213, 215, 216, 221, 228, 254, 265, 289, 299, 304, 308, 312, 314, 321, 333, 336, 341, 367, 369, 379

INDEX des auteurs

- ANSALDI J. 83.119.300
 ANZIEU D.
 66.67.68.69.70.73.101.124.129.130.131.172.173.178.179
 .180.192.193.287.337
 ASSOUN P-L.
 17.80.132.129.101.172.173.177.178.179.181.182.197.
 327
 AULAGNIER P. 21.80.185.200.201.202.203.212.123
 BALIER C.
 148.174.185.192.215.304.308.311.312.314.336.
 BAILLY D. 291
 BERGERET J. 21.167.197.198.199.200.202.203.295.360
 BICK 66.286.360
 BION R-W. 66.69.179.180.
 BOWLBY J.38.92.290
 BRES Y. 165.290.364
 BRUNET L. 148
 BRUSSET B. 292
 CAMPBELL D. L. 158
 CAMU A. 147
 CAPLAN G. 148
 CARTON S. 156.2.6.207
 CATHEBRAS P. 330.332
 CASTEL P-H 77
 CHEMOUNI J. 286
 CICCONE A. 185
 CONSOLI S. 174.314.315.321
 CORCOS M. 292.296
 CROCQ L.138
 DEJOURS C. 170.334.350.351.352
 DELKROUCK P. 297
 DEUTSCH H. 186.187.211
 DOREY R. 211.214.335
 DOUCET C.76.172.175
 DUMET 327
 DUPARC F.191.194
 FAVEZ-BOUTONIER J. 95
 FREUD S.
 15.16.17.31.32.33.34.35.48.49.55.8.63.64.65.66.75.76.86
 .87.88.89.92.94.95.96.100.102.103.105.106.107.109.115.
 116.117.118.119.122.123.124.125.130.132.137.139.142.
 143.145.149.150.151.152.153.162.167.170.172.173.174.
 178.179.181.196.197.204.208.209.210.215.216.302.303.
 304.309.320.331.332.
 EY H.37
 FERENCZI S.117
 GANTHERET F. 215.216.
 GOLSE B. :74.335
 GREEN A.
 63.76.78.90.91.104.107.108.109.110.111.113.120.150.
 151.169.170.188.192.195.197.285.286.312.326.332
 GROSCLAUDE M.316
 GUEX G.50.91
 GUELFJ J.D. 294
 SECHAUD E. 70
 GUERIN C. 338
 GOODMAN A. 292
 HESNARD A.26.182.29.309.312
 HIRSCHELMANN-AMBROSI A. 313
 HOUZEL D. 65
 IONESCU S. (&coll) 168
 JASPERS K.48
 JEAMMET PH .195.291
 JEANCLAUDE C. 87
 JOURNET N.127
 KAES R. 284.337.338
 KLEIN D. 38
 KLEIN M. 180.183.213
 LACAN J.
 14.38.66.75.76.77.78.79.80.81.82.83.84.85.88.89.95.118.
 119.120.121.122.124.138.140.141.142.146.153.158.159.
 162.193
 LAPLANCHE J /PONTALIS J-64.308.337
 LAUFER M.294
 LEGUIL F. 14
 LEMPERIERE T. 40.41.42
 LOW. B 125
 Mc DOUGALL J.332.333
 MALEVAL J-C.16.141
 MARTINEAU J.P.298
 MARTY.133.172.175.176.182.190.195.196.208.309.330.
 331.
 M'UZAN M de 173.213
 MELLIER D.335
 MELEZE L.314
 MILLAUD F.140
 MORHAIN Y.104.105.198.213.298
 NASIO J-D.36.141
 NIZAN P.249
 OSTERMANN G. QUENEAU P.329.
 PARRAT C.334
 PASCHE F. 208
 PERRON BORRELLI M.125.155
 PORRET J-M.189.209.210
 RAOULT P.215
 ROUILLON F. /ADES J. : 41
 ROSE D.112.175.194.213
 ROSENBERG B.114.115.116.117.118
 ROUSSILLON R. 104.124.191.309
 SIFNEOS P. 331
 SIROTA A.203.210.214
 TISSERON S.195.196
 VEDRIME J. 145.160.339
 VENISSE J-L. 291.292.294.310
 VILLERBU L. M.227.318
 WINNICOTT D-W.131.133.163.191.193.202.332.327
 WIDLÖCHER D. 204
 ZUCKERMAN M. 156.206

Bibliographie

1. ADES J., ROUILLON F. (1992) Les états névrotiques; Editions J-P GOUREAU, Château-Du-Loir
2. ALLOUCH J. (1993) Freud puis Lacan . Ecole lacanienne de psychanalyse, édition E.P.E.L., Paris
3. ALLOUCH J. (1998) La psychanalyse : une érotologie de passage. Les éditions du cahier de l'unibevue- E.P.E.L, Paris
4. ANSALDI J. (2004) Lire Lacan : l'éthique de la psychanalyse, le séminaire VII. Editions du champ social, Nimes, 1998
5. AMAR N., LE GUEN A., OPPENHEIMER A. (1997)angoisse: pluralité d'approches; PUF, Paris
6. ARCHAMBAULT J., mormont C. (1998) Déviances, délits et crime. Ellipse, Paris
7. AUDET J., KATZ J.-F., (1999), Précis de victimologie générale, Dunod, Paris, 2006
8. ANZIEU D. (1999) Le groupe et l'inconscient. DUNOD, Paris (3^{ème} édition)
9. ANZIEU D. (1996) Créer, détruire, Dunod, Paris
10. ANZIEU D. (1995) Le Moi-peau. Dunod, Paris
11. ASSOUN P-L. (2004) Le préjudice et l'idéal : pour une clinique sociale du trauma. Editions Economica, Paris
12. ASSOUN P-L (2002) Leçons psychanalytique sur l'angoisse. Edition Economica, Paris
13. ASSOUN P-L. (2004) Corps et symptôme. Editions Economica, Paris
14. ASSOUN P-L. (2003) Lacan. Que sais-je, PUF
15. AULAGNIER P. , (1975), La violence de l'interprétation *du pictogramme à l'énoncé*, PUF, Le fil rouge, Paris, (4^{ème} édition), 1991
16. BARTE H-N.,OSTAPIZEFF G. (1992) Criminologie clinique, Masson, Paris
17. BALIER C. (2005) La violence en abyme, PUF, coll. Le fil rouge, Paris
18. BAILLY D. (2004) L'angoisse de séparation, chez l'enfant et l'adolescent; Masson, Paris, 1995
19. BEAUNE D., REVEILLERE C. (1996), Psychologie clinique et pathologique, Gaïtan Morin Editeur Europe, Paris
20. BEAUNE D. AYOUCHE T. (2009), Folies contemporaines, L'Harmattan, Paris
21. BERGERET J.(1994) La violence et la vie, la face cachée de l'œdipe. Editions Payot & Rivages, Paris
22. BERGERET J. (2000) Psychologie pathologique. Masson, Paris, 1972
23. BESANCON G. (1993) Manuel de psychopathologie. Dunod, Paris
24. BION R.W. (1977) Entretiens psychanalytiques, éditions Gallimard, 1980 (traduction française)
25. BOMPARD-PORTE M. (2004) De l'angoisse. Armand Colin, Paris
26. BORN M. (2003) Psychologie de la délinquance. De Boeck, Paris
27. BORDELEAU D. (1997) Face au suicide. Publication MNH
28. BOUHSIRA J.(2005)L'affect (Monographies de psychanalyse). PUF, Paris
29. BOULENGER J.P. (1987) L'attaque de panique: un nouveau concept? J-P Goureau, Château-du-Loir.
30. BOWLBY J. (1978) L'attachement, Tome I: l'attachement. PUF, coll. Le fil rouge, Paris
31. BOWLBY J. (1978) Attachement et perte, Tome II: la séparation, angoisse et colère; PUF, coll. Le fil rouge, Paris
32. BRES Y. (2006), Freud ... en liberté, Ellipses Editions Marketing S.A, Paris
33. BRIAN J. COX Etude de la relation entre les idées suicidaires et les états paniques, Paris
34. BRUSSET B., BRELET-FOULARD F.1999, Névroses et fonctionnement limites, Dunod, Paris
35. CELERIER M-C., (1997), La psychothérapie des troubles somatiques, Dunod, Paris, 2003
36. CASONI D., BRUNET L. (2003) La psychocriminologie. Presses de l'Université de Montréal, Paris
37. CATHEBRAS P. (2006), Troubles fonctionnels et somatisation, Masson, Paris
38. CHABERT C.et al, (1999), Névroses et fonctionnements limites, Dunod, Paris

39. CHARAZAL-BRUNEL M. (2002) Prévenir le suicide: clinique et prise en charge. Dunod, Paris
40. CHARRIER P., HIRSCHELMANN AMBROSI A. (2004) Les états limites. Armand Colin, Paris
41. COHEN DE LARA A., MARINOV V., MENECHAL J. (2000) La névrose obsessionnelle, contraintes et limites; Dunod, Paris
42. M. CORCOS et coll : "*les conduites de dépendances : dimensions psychopathologiques communes*", Masson, Paris, 2003. p 94
43. DEJOURS C. (1989) Recherches psychanalytiques sur le corps : répression et subversion en psychosomatique, Editions Payot, Paris
44. DENIS P. (2002) Emprise et satisfaction: les deux formants de la pulsion. Le fil rouge, PUF, 2^{ème} édition
45. DEUTSCH H. (1949), La psychologie des femmes, tome II, maternité, Quadrige, PUF, Paris, 1987
46. DONNA C. AGUILERA (2005), Intervention en situation de crise *théorie et méthodologie*, Masson, Paris
47. DOUCET C. (2000), La psychosomatique : théorie et clinique, Armand Colin, HER, Paris
48. DUMET N., BROYER G. (2002), Clinique du corps, PUL, Lyon
49. FERRANT A. (2002) Pulsion et liens d'emprise. Dunod, Paris
50. FERRERI M. (1999) Les troubles anxieux. Ellipses, Paris
51. FISHER G-N., (2003), Les blessures psychiques *la force de revivre*, Odile Jacob, Paris, 2003
52. FREUD S. (1985) Etudes sur l'hystérie. PUF, 1956, 8^{ème} édition
53. FREUD S. (1988) Cinq psychanalyse. PUF, 1954, 14^{ème} édition
54. FREUD S.(1997) La première théorie des névroses. Quadrige, , PUF, 1995
55. FREUD S. (1968) Métapsychologie. « deuil et mélancolie » ; « l'inconscient » Editions Gallimard, Paris
56. FREUD S. (2002) Inhibition, symptôme et angoisse. Quadrige, PUF, Paris, 1993, 5^{ème} édition
57. FREUD S. (1989) Sigmund Freud œuvres complètes. tome III; PUF, Paris
58. FREUD S. (1995) Sigmund Freud œuvres complètes. Tome XIX; PUF, Paris
59. FREUD S. (1995) Sigmund Freud œuvres complètes", tome IX, X, XI, XIII, XV; PUF, Paris, 1989
60. FREUD S. (1973) Névroses, perversion et psychose. PUF, Paris, 1998, 6^{ème} édition
61. FREUD S. (1981) Essais de psychanalyse « au delà du principe de plaisir », Payot, Paris
62. GRAZIANI P. (2003) Anxiété et troubles anxieux. Nathan, "128", Paris
63. GREEN A. (1983) Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Les éditions de minuit, Paris
64. GREEN A. (1992) La déliaison *psychanalyse, anthropologie et littérature*, Sté d'Edition, Les belles lettres, Paris
65. GREEN A. (1973), Le discours vivant, PUF, Coll Le fil rouge, Paris, 1992
66. GREEN A. (1993), Le travail du négatif, Les éditions de minuit, Paris, Collection « critique »
67. GREEN A. (2002) La pensée clinique, Les éditions Odile Jacob, Paris
68. GROSCLAUDE M. (1996), Réa-coma : à la recherche du sujet inconscient, Editions Hospitalières, Paris
69. GUEX G. (1973), le syndrome d'abandon, PUF, Paris, 1991
70. HARRATI S., VAVASSORI D., VILLERBU L. (2006) Délinquance et violence. Armand Colin, "128", Paris
71. HESNARD A., LAFORGE R. (2001), Les processus d'autopunition en psychologie des névroses et des psychoses, en psychologie criminelle et en psychopathologie générale, L'Harmattan, Paris (1930)
72. HOUZEL D. (2005), Le concept d'enveloppe psychique, Press éditions, Paris
73. IONESCU M-M., JACQUET, L'HOTE C. (2005), Les mécanismes de défenses, Armand Colin, Paris, 2007
74. JEANCLAUDE C. (2002) Freud et la question de l'angoisse. De Boeck & Larcier s.a, Paris
75. JEANCLAUDE C. (2005) Les ombres de l'angoisse : la peur d'être vivant, Editions De Boeck Université, Bruxelles
76. JONCKHEERE P. (1998) Le passage à l'acte. De Broeck université, Bruxelles, Paris
77. JURANVILLE A.(2005) La mélancolie et ses destins. Editions in press, Paris

78. LAPLANCHE J., PONTALIS J-B (1985) *Fantasme originaire, fantasme des origines, origines du fantasme*", Edition Hachette, Paris
79. LAPLANCHE J.(1970)*Vie et mort en psychanalyse*. Flammarion, Paris
80. LACAN J. (1975) *Les écrits techniques de Freud. Séminaire, livre 1, (1953-54)*, Editions du seuil, Paris
81. LACAN J. (1994) *La relation d'objet. Séminaire, livre IV, (1956-57)* Editions du seuil, Paris
82. LACAN J. (1998) *Les formations de l'inconscient. Séminaire, livre V,(1957-58)* Editions du seuil, Paris
83. LACAN J. (2004) *Angoisse. Séminaire, livre X, (1962-63)* édition du Seuil, Paris
84. LACAN J.(1973) *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Séminaire, livre XI, (1964)* Editions du seuil, Paris
85. LACAN J. (2006) *D'un autre à l'autre. Séminaire, livre XVI, (1968-69)* Editions du seuil, Paris
86. LACAN J. (1999) *Encore. Séminaire, livre XX,(1972-73)* Editions du seuil, Paris
87. LEMPERIERE T. (1977) *Psychiatrie de l'adulte*. Masson, Paris
88. LEMPERIERE T. (1998) *Le trouble panique*. Acanthe, Masson, Paris
89. LEMPERIERE T. (2002) *Les phobies sociales*. Acanthe, Masson, Paris
90. LOPEZ G., SABOURAUD-SEGUIN A. et al, (1998), *Psychothérapies des victimes le traitement multimodal du psychotraumatisme*, Dunod, Paris, 2002
91. LORIOS M., FLAMENT M., JEAMMET PH (2003), *Les conduites de dépendance : dimension psychopathologie commune*, Masson, Paris
92. Mc DOUGALL J. (2003), *Théâtres du corps*, collection Folio Essais, Gallimard, Paris, 2006
93. MARTY P. et NICOLAÏDIS N. (1996), *Psychosomatique : pensée vivante*, Perspectives psychanalytiques, L'esprit du temps, Bordeaux-Le-Bouscat
94. MASSON C. (2006) *Œuvres complètes de Freud*", (résumé analytique, tome I, 1884-1905), Hermann éditeurs, Paris
95. MELLIER D. (2005), *les bébés en détresse : intersubjectivité et travail de lien*, Le Fil Rouge, PUF, Paris
96. MILLAUD F. (1998) *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*, Masson, Paris
97. NASIO J-D (1992) *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Editions Payot poche, Paris
98. NASIO J.-D. (1999) *Le plaisir de lire Freud*. Editions Payot et rivages, Paris
99. NIZAN P. (1938), *La conspiration*, Gallimard, Paris, 1968
100. OLINDO-WEBER S. (1998) *Acte suicide, un rite intime de passage*, Hommes et groupes. Paris
101. OLINDO-WEBER S.(2001) *Suicide au singulier*. L'Harmattan, Paris
102. OSTERMANN G., QUENEAU P.(1998), *Soulager la douleur : écouter, croire, prendre soin*, Editions Odile Jacob, Paris
103. PARAT C. (1995), *L'affect partagé*, PUF, Paris
104. PASCHE F., *Le passé recomposé pensées, mythes praxis*, PUF, Le fil rouge, Paris
105. PERELBERG R. et al, *Violence et suicide*, PUF, Le fil rouge, Paris
106. PERRON-BORELLI M. , *Dynamique du fantasme*, PUF, Le fil rouge, Paris
107. PORRET J-M. (2006), *Auto-érotisme, narcissismes et pulsions du Moi*, L'Harmattan, Paris
108. PRIGENT Y. (1994) *La souffrance suicidaire, essai sur le mal insupportable*. Paris, Desclée de Brower
109. PINOL-DOURIEZ M. et al, (1997), *Pulsion, représentation, langage*, Delachaux et Niestlé S.A, Lausanne, Paris
110. QUENEAU P., OSTERMANN G. (1993), *le médecin, le patient et sa douleur*, Masson, Paris
111. ROSE D. (1997), *L'endurance primaire*, PUF, Paris
112. ROSENBERG B. (1991), *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, PUF, Paris, 3^{ème} édition, 1999
113. SECHAUD E. et coll; (1999), *Psychologie clinique: approche psychanalytique*, Dunod, Paris
114. SERVANT D. (2001) *Attaques de panique et agoraphobie* ; Masson, Paris
115. SAFOUAN M.(1979) *L'échec du principe de plaisir*. Editions du seuil, Paris
116. SCHNEIDMAN E.S. (1999) *Tempérament suicidaire*. De Boeck université, Paris
117. SIROTA A. (2003), *Figures de la perversion sociale*, Editions EDK, Paris

118. SOREL P., VEDRIME J., WEBER D.(2003) Le geste ultime, essai sur l'énigme du sujet, PU de Lyon
119. VILLERBU L.M., GRAZIANI C. (2000) Les dangers du lien sectaire. PUF, médecine et société, Paris
120. VILLERBU L.M., et al. (2003). Dangereusité et vulnérabilité en psycho-criminologie, L'Harmattan, coll. Sciences criminelles, Paris
121. VALLEUR M., MATYSIAK J-C. (2002), Les addictions, dépendances, toxicomanie : repenser la souffrance psychique, VUEF/Armand Collin, Paris
122. VALLEUR M., BUCHER C. (2006), Le jeu pathologique, Armand Collin, collection 128, Paris
123. VENISSE J.-L. (1990), Les nouvelles addictions, Masson, Paris
124. VENISSE J.-L., BAILLY D. (1994), Dépendance et condition de dépendance, Masson, Paris
125. VENISSE J.-L., REYNAUD M. (2005), Médecine et addiction, Masson, Paris
126. WIDLÖCHER D. (1994), traité de psychopathologie, PUF, Paris
127. WINNICOTT D.W. (1975) Jeu et réalité. L'espace potentiel, Editions Gallimard, Paris
128. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, INSERM, Editions John Libbey Eurotext (2001), Paris et Fédération Française de Psychiatrie
129. Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Paris, édition INSERM, 2005
130. Suicide et sa prévention. Rennes, édition de l'école nationale de la santé publique, 2005

REVUES

1. Actualités psychosomatiques : "Le point sur le mouvement des idées en psychosomatique", 2004 – N°7
2. Analyse freudienne Presse : "Les nouvelles écritures du fantasme-II", N°10, 2005
3. A.R.C.P. : "Anthropologie et clinique", Annales du colloque 27,28 mai 1994
4. Ecole freudienne "Enjeux de la phobie".(2000). De Boeck & Larcier s.a.
5. Encéphale : "Dépression et pathologies cardio-vasculaires. Dépression post-AVC ", A. VACHERON, S. CONSOLI, L. WIART, spé 3/1997
6. ICSH : "Psychologies et victimologies", N° hors série, 2005
7. ICSH : "Crises et effets de crises", N°0 hors série, mai 2005
8. Journal de la psychanalyse de l'enfant : "La destructivité", N°39, 2007
9. Le carnet Psy : "Crises et chuchotements", N°111, sept/oct 2006
10. Le carnet Psy : "Crises et chuchotements", N°112, nov 2006
11. Le carnet Psy : "Actes colloque Didier Anzieu", N°117, mai 2007
12. Le carnet Psy : "Actes colloque Didier Anzieu", N°118, juin 2007
13. Les cahiers du CRPPC : "La destructivité", N°18, Novembre 2007
14. Les cahiers du CRPPC : "La conflictualité", N°10b, février 2006 (réédition)
15. Les cahiers de cliniques psychologiques: "Cahiers Freudiens. Pensée et clinique Freudienne: constructions originelles", 1990, N°13
16. Les cahiers de cliniques psychologiques : "Clinique des psychoses", 1993, N°17
17. Les cahiers de cliniques psychologiques : "Structure en psychopathologie; Psychose et déclenchement", 1993, N°19
18. Nouvelle revue de psychanalyse : "Le bon usage de l'angoisse", La cause freudienne, N°59, 2005
19. Nouvelle revue de psychanalyse : " L'emprise", N° 24, 1981
20. Perspectives Psy : "Fonction contenante : une revue de la littérature", Denis MELLIER, vol 44, N°4, oct-nov 2005, p303-310
21. Perspectives psy : "Le surinvestissement sportif : une parade contre l'angoisse de perte et l'intolérance à l'affect", Stéphane PROA, Yves MORHAIN, J.P MARTINEAU, vol 45, N°2, avril-juin 2006, p 157-165
22. Pratiques psychologiques : "La résilience", , 2002 – 1, L'Esprit du Temps
23. Psychiatrie Française "Angoisses...", N°3 juin-juillet 1988
24. Psychiatrie Française "Traumatisme et Sociétés", N° sp. 99 nov 99
25. Psychologie et Criminologie : "Clinique et psychopathologie de la dette" N°21, 1998

26. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe : " pouvoir et emprise dans les groupes, les familles, les institutions ", N°51, 2008/2, Eres
27. Revue Dialogue : "Recherches Cliniques et socio sur le couple et la famille", N°129, 1995, 3^{ème} trimestre.
28. Revue française de psychanalyse : "L'acte", , Tome LXX, janv 2006
29. Revue française de psychanalyse : "Le concept d'objet en psychanalyse", , Tome LIII, juillet-aout 1989
30. Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée, "Face au suicide: la psychanalyse", N°17, avril 2006
31. Revue de psychanalyse, Quarto "Evaluation, Symptôme, Angoisse" – Ecole de la cause freudienne – ACF en Belgique, nov, 2005
32. Revue française de psychosomatique : "Symbolisme organique", , 2002 – N°21

Annexe I

DSM IV

La survenue d'attaques de panique inattendues (non induites, pas associée à une situation déclenchante) est nécessaire pour un diagnostic de trouble panique avec ou sans agoraphobie.

Il existe 3 types d'attaques de panique: inattendues, situationnellement liées et favorisées par des situations.

- Induites par des situations sociales dans la phobie sociale
- Induites par l'exposition à un objet d'une obsession dans le TOC
- Induites par les stimuli rappelant le facteur de stress de l'Etat de stress post-traumatique.

■ Critères d'une Attaque de panique

N.B. Une Attaque de panique ne peut pas être codée en tant que telle. Coder le diagnostic spécifique dans lequel survient l'Attaque de panique (p. ex., F40.01 [300.21] Trouble panique avec agoraphobie [p. 473]).

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

- (1) palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
- (2) transpiration
- (3) tremblements ou secousses musculaires
- (4) sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
- (5) sensation d'étranglement
- (6) douleur ou gêne thoracique
- (7) nausée ou gêne abdominale
- (8) sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
- (9) déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
- (10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
- (11) peur de mourir
- (12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
- (13) frissons ou bouffées de chaleur

"L'évitement agoraphobique est associé à la peur d'avoir une attaque de panique alors que l'évitement dans d'autres troubles est associé à des situations spécifiques (ex: peur de l'observation attentive par autrui, de l'humiliation et du gêne dans la phobie sociale, peur des hauteurs, des ascenseurs, de traverser les ponts dans la phobie spécifique, crainte concernant la séparation dans l'anxiété de séparation, peur de la persécution dans le trouble délirant)."

"De manière prototypique, la phobie spécifique, de type situationnel, est caractérisée par un évitement situationnel en l'absence d'Attaques de panique récurrentes et inattendues. Certaines présentations cliniques se situent entre ces deux prototypes et nécessitent de faire appel au jugement clinique pour choisir le diagnostic le plus approprié. Quatre facteurs peuvent être utiles pour étayer ce jugement: l'objet de la peur, le type et le nombre d'Attaques de panique, le nombre de situations évitées et le niveau d'anxiété intercurrente."

■ Critères de l'Agoraphobie

N.B. L'Agoraphobie ne peut pas être codée en tant que telle. Attribuer le code en rapport avec le trouble spécifique dans lequel survient l'Agoraphobie (p. ex., F40.01 [300.21] Trouble panique avec agoraphobie (p. 473) ou F40.00 [300.22] Agoraphobie sans antécédents de Trouble panique).

A. Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'Attaque de panique soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ; d'être dans une foule ou dans une file d'attente ; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

N.B. Envisager le diagnostic de Phobie spécifique si l'évitement est limité à une ou seulement quelques situations spécifiques, ou celui de Phobie sociale si l'évitement est limité aux situations sociales.

B. Les situations sont soit évitées (p. ex., restriction des voyages) soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une Attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant.

C. L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (par ex. évitement limité aux situations sociales par peur d'être embarrassé), une Phobie spécifique (p. ex., évitement limité à une situation unique comme les ascenseurs), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., évitement de la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., évitement des stimuli associés à un facteur de stress sévère) ou un Trouble anxiété de séparation (évitement lié au départ du domicile ou à la séparation d'avec les membres de la famille).

■ Critères diagnostiques du F41.0x [300.01] Trouble panique sans Agoraphobie

A. A la fois (1) et (2) :

- (1) Attaques de panique récurrentes et inattendues (voir p. 464)
- (2) au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
 - (a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.
 - (b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).
 - (c) changement de comportement important en relation avec les attaques.

B. Absence d'Agoraphobie (voir p. 465)

C. Les Attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

D. Les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (p. ex., survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une Phobie spécifique (p. ex., lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un état de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou à un Trouble anxiété de séparation (p. ex., en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

■ Critères diagnostiques du F40.01 [300.21] Trouble panique avec Agoraphobie

A. A la fois (1) et (2) :

- (1) Attaques de panique récurrentes et inattendues (voir p. 464)
- (2) au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
 - (a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.
 - (b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).
 - (c) changement de comportement important en relation avec les attaques.

B. Présence d'Agoraphobie (voir p. 465)

C. Les Attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

D. Les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (p. ex., survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une Phobie spécifique (p. ex., lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un état de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou à un Trouble anxiété de séparation (p. ex., en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

■ Critères diagnostiques de F41.1 [300.2] L'Anxiété généralisée (Trouble)

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois). **N.B.** : Un seul item est requis chez l'enfant.
 - (1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - (2) fatigabilité
 - (3) difficultés de concentration ou trous de mémoire
 - (4) irritabilité
 - (5) tension musculaire
 - (6) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).
- D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, p. ex., l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une Attaque de Panique (comme dans le Trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la Phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le Trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'Anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le Trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'Hypochondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un État de stress posttraumatique.
- E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble de l'humeur, d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

ANNEXE II

Tableau A:

Patients	Nbre items NA	Nbre items H	Nbre items P	Nbre items N.O	Nbre total items	% N.A	% H	% P	% N.O
1	79	20	49	31	101	78,2	19,8	48,5	30,7
2	73	15	39	24	93	78,5	16,1	42	25,8
3	87	14	51	22	104	83,6	13,4	49	21,1
4	61	15	36	21	85	71,8	17,6	42,3	24,7
5	82	21	58	50	96	85,4	21,9	60,4	52
6	111	18	73	33	131	84,7	13,7	55,7	25,2
7	92	23	47	31	113	81,4	20,35	41,6	27,4
8	104	25	49	36	121	86	20,6	40,5	29,75
9	103	22	65	45	126	81,75	17,45	51,6	34,7
10	99	22	57	44	129	76,7	17	44,2	34,1
11	115	22	61	42	129	89,15	17,05	47,28	32,56
12	84	24	47	38	106	79,25	22,64	44,34	35,85
13	79	17	50	31	104	75,96	16,34	48,07	29,80
14	90	18	51	39	114	78,95	15,79	44,73	34,21
15	82	25	51	33	115	71,30	21,74	44,35	28,70
16	83	12	43	38	102	81,37	11,76	42,15	27,45
17	107	30	54	50	134	79,85	22,39	40,30	37,31
18	80	10	44	24	103	77,67	9,7	42,72	23,30
19	86	13	44	30	112	76,78	11,60	39,28	26,78
20	85	11	46	24	106	80,19	10,38	43,40	22,64
21=moy	89,10	18,85	50,75	34,30	111,20	79,92	16,86	45,62	30,20

Tableau récapitulatif: Tableau B

Pour chacun des patients, le tableau va être rempli pour retranscrire sa position par rapport aux observations données si dessus et en rapport avec les facteurs retenus:

- Dans hérédité: on retrouvera:1/ les antécédents familiaux d'anxiété,2/ le vécu de séparation, 3/confiance en soi,4/ soumission,5/ dévalorisation
- F. familiaux: 1/ rigidité, agressivité,2/ climat anxieux, 3/climat conflictuel, 4/insécurité.
- F. déclenchants: 1/ accord avec hérédité dans la crise, 2/ désaccord, 3/ facteur affectif surajouté
- F. favorisants: 1/solitude, 2/ insécurité, 3/dépendance
- Attitude: 1/inhibition, 2/ culpabilité, 3/ dévalorisation
- Tempérament: 1/ inquiétude anticipatoire, 2/ peur de l'incertain, 3/ fatigabilité, 4/sentimentalité, 5/ attachement, 6/ dépendance, 7/ évitement, 8/ recherche soutien social.
- F. psychosociaux: sexe, âge, activité professionnelle, vie familiale, relations social : Cf tableau 1

Tableau B : tableau récapitulatif

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Solitude	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Insécurité	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fragilité, vulnérabilité	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dépendance	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Insatisfaction		X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Syndrome abandon	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mère dépressive		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	REJ ET	REJ ET	X	X	X	X	REJ ET
Père inexistant	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
sévérité	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X
Non communication	X		X		X			X	X	X	X	X		X		X		X	X	X
Crainte perte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
isolement			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TAG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Agoraphobie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
hérédité	1.2.4 .5	1.2.4	1.2.4 .5	2.5.	2.4.5	1.2.4 .5	1.2.5	1.2.4 .5	1.4.5	1.2.	1.2.4	1.2.4 .5	1.2	1.2.	1.2.4	1.2.4 .5	1.2.4	1.2.4 .5	1.2.4 .5	1.2.5
F. familiaux	1.3	4	3.4	1.2	1.4	2.4	3.4	1.2.3 .4	1	1.4	1	1	1.3.4	1.2	1.4	2.3	2.4	3.4	1.2.3 .4	1.2.4
F. Déclenchants	3	3	1	3	1	1.3	1.3	1.3	1	1.3	1	1	1.3	1.3	1.3	1.3	1	1.3	1	1.3
F. favorisants	1	2.3	1.2.3	1.2.3	1.2	1.2.3	1.2.3	1.2.3	1.2.3	1.2	1.2	1	1.2.3	1.2.3	1.2.3	1.2.3	1.2.3	1.2.3	1.2.3	1.2.3
Attitude	1.2.3	1.2	1.3	1	1.2.3	1.2.3	1.2.3	1.3	1.2.3	1.2.3	1.2	1.3	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2.3	1.2.3
tempérament	1.2.8 .7	1.6.7 .8	1.4.5 .7	1.6.7	1.2.7 .8	1.2.3 .4.5. 6.7.8	1.2.3 .6.7	1.3.4 .5.6. 7.8	1.6.7 .8	1.2.3 .4.5. 6.7.8	7	7	7	6.7.8	6.7	5.6.7	6.7.8	4.5.7	6.7.8	6.7

Tableau des hypothèses énoncées et la confrontation aux observations:

Tableau C :

I1: NA = TP + TAG Donc même pathologie	Tableau A	Tableau B (nbre critères)	Majorité critères appartiennent à la névrose d'angoisse Donc même pathologie
I2: TP # TAG NA et TP: 2 pathologie distincts	Tableau A Hyp 6		
II : DSM IV appauvrit l'approche Psychopathologique	Hypothèses posées	Hypothèses testées	
Analyse des facteurs présents		Tableau D	
F. prédisposants Génétique Enfance Env. familial			Le DSM ne suffit pas pour caractériser les crises d'angoisse paroxystiques. L'approche dynamique est nécessaire dans la découverte de sa morbidité.
	Hérédité	OK	
	Anxiété de séparation	OK	
	F. familiaux	OK	
F. Psychosociaux	Tableau 1	Variabilité CSP Age moy = 26 ans Sexe: 85% femme Situation: 65% seuls	Cependant, on peut constater que ces crises paniques débordent aussi sur les autres types de névroses
F. précipitants	Hérédité	OK	
F. symptomatiques	DSM	OK	
	TAG	OK	
	AGORA	OK	
D'où la nécessité de laisser émerger une nouvelle structure afin qu'elle contienne la pathologie dans sa totalité			

PASSAGE A L'ACTE ET ANGOISSE PAROXYSTIQUE

La recherche repose sur le rôle primordial de l'angoisse dans le mouvement de la crise. Les différents processus pulsionnels donnent lieu à la constitution du concept d'angoisse paroxystique.

Celui-ci s'extraie de l'analyse d'une expression d'angoisse non déterminée dans un syndrome spécifique et significative de l'impact du débordement agressif de la pulsion d'autodestruction.

L'introduction du concept d'angoisse paroxystique est élaborée, d'un point de vue métapsychologique, tant dans son versant quantitatif que qualitatif. Il rend compte, d'une décharge pulsionnelle violente: un agir indiquant la singularité d'une angoisse a-structurelle, une désorganisation psychique mortifère. Son retentissement est d'abord abordé sous son aspect comportemental, une mise en acte pulsionnelle: un agir connexité entre l'acting out et le passage à l'acte puis orienté vers la crise suicidaire introduisant un « recours à l'acte ». Par la suite sous son aspect somatique : persistance de la souffrance psychique envisagée dans les symptômes corporels. Et enfin, le sens d'une progression autodestructrice dévoilant une violence interne est précisé et permet de différencier l'agressivité de la destructivité et de soulever la problématique narcissique.

L'expérimentation fournit un éclaircissement sur le fonctionnement psychopathologique et sur le mode résolutif de l'acte, se déploie vers des problématiques liées à la dépendance affective, à l'addiction, précise le rôle de l'intersubjectivité et soulève des opportunités conceptuelles intéressantes.

Mots clés :

Angoisse, déliaison, pulsion de mort, crise, autodestruction, agressivité, destructivité

PASSAGE IN THE ACT AND ANGUISHED PAROXYSTIC

The research is based on the fundamental function of anguish in the movement of the crisis. The different drives process gives rise to the concept of paroxystic anguish.

This concept is extracted from the expression of an indeterminate anguish in a specific and significant syndrome of the impact of an aggressive excess of the drive of self-destruction.

The introduction of the concept of paroxystic anguish is elaborated from a métapsychologique viewpoint in its quantitative and qualitative side. This Paroxysmal anguish concept corresponds to a violent impulsive discharge: an act indicating the particularity of a no structural anguish and a fatal psychological disorder.

Its effect is firstly treated as a behavioural aspect, an impulsive acting: connectedness acting between acting out and the passage in the act and oriented afterwards to the suicidal crisis bringing in a " appeal to the act ". Subsequently under its somatic aspect: persistence of psychological suffering considered in corporeal symptoms. Finally the meaning of self-destruction evolution revealing an inner violence is specified and this allows making a difference between the aggressiveness and destructivity underlining then the narcissistic problematic.

Experiments give an explanation about the psychopathological process and the resolving way of acting. Experiments display towards the problems related with emotional dependency, with addiction, explicit the intersubjectivity role and rise up interesting conceptual opportunities.

KEY WORDS :

Anguish, déliaison, death drive, crisis, self destruction, aggressiveness, destructivity

SOUS LE SCEAU DE L'UNIVERSITE EUROPEENNE DE BRETAGNE

UNIVERSITE RENNES 2

Ecole Doctorale - Sciences Humaines et Sociales

Laboratoire de Cliniques Psychologiques, Psychopathologies et Criminologies (EA 4050)

**PASSAGE A L'ACTE ET ANGOISSE PAROXYSTIQUE :
INTERROGATION PSYCHO-CRIMINOLOGIQUE**

THESE de DOCTORAT

Discipline : PSYCHOLOGIE

Volume 2

Présentée par Isabelle LE GOFF

Directeur de thèse : Loïck M. VILLERBU

Soutenue le : 14 décembre 2009

JURY :

André SIROTA, Professeur émérite, Université de Paris X Nanterre (Rapporteur)

Daniel BEAUNE, Professeur, Université de Lille 3 (Rapporteur)

Patrick JEGO, Professeur, PH, Université de Rennes 1

Loïck M. VILLERBU, Professeur, Université de Rennes 2 (Directeur de thèse)

Astrid HIRSCHMANN-AMBROSI, Maître de conférences, Université de Rennes 2

**Passage à l'acte et angoisse paroxystique:
interrogation psycho-criminologique**

Volume 2

Annexes

Sommaire

Evaluations et tests HADS : NDL

Anne- Marie	7
Nolan	14
Bleu	20
Danièle	25
Nicolas	31
Mars	37
Loïck	42
Didier	49
Nono	53
Sylvie	58
Coco	64
Gurvan	70
Jojo	76

Evaluations et tests HADS : CHGR	81
Geneviève	82
Jérôme	88
Florian	93
Marylène	99
Béatrice	105
Guy	111
Hervé	118
Abir	124
Patrick	130
Marie	136
Christophe	141
Emilie	146

Evaluation NDL

Évaluation

	NDL	
	Anne -Marie Age: 43 ans Profession: secrétaire médicale	
Fratrie	Composition familiale: 1 F, 50 ans, 1F 18 ans, 1S 45 ans, elle 43 ans et son F 42 ans F 42 ans vivant en Suisse s'est suicidé (au moment où elle rentrait de son hospitalisation), ses autres frères sont dans la région et sa sœur en Vendée, tous très proches	Avant dernière Problème avec F 2ème : installation du non dit, silence Sainée : prenant toute attention de la mère
Famille	Relations familiales parents dans l'enseignement. Mère: très affectueuse, fait des compliments, hyper protectrice. Elle apprend le français en Angleterre puis retour en France: instit surtout CP. Père: très très sévère, perdu son père à 8 ans (pas eu de modèle), très professionnel: travaille de 7H à H, faisait passer les certificats d'études puis la classe de CM2, lorsqu'on lui propose le poste de directeur d'école: il refuse. Pas démonstratif mais communicant pour apprendre, vacances souvent dans des pays étrangers, beaucoup dans la transmission culturelle. Mais l'affection manquait.	Mère hyperprotectrice Contexte familial insécurisant : autorité père, tourné sur l'apprentissage au dépend de l'affectif : forte pression. Secret (F) Manque affectif
Ruptures	Evènements marquants - Diabète fils (dépendant) Matis violé à l'école à 4 ans, le traumatisme a déclenché son diabète. S'en est aperçu quand elle devait l'emmener en consultation médicale et qu'il ne voulait pas: à l'école, un méchant docteur: bobo aux fesses dans les placards, lorsqu'elle regarde, elle s'aperçoit qu'il saigne à l'anus. Examen par gastro: porte plainte à l'école pour mauvaise surveillance et décrit le "suspect" qui est arrêté mais "sans ébruiter" la situation (école privée), le procès n'aura pas lieu - Décès des grands parents, très attachés - Quand elle a 12 ans: son 2^{ème} frère, un marginal, très cultivé mais qui se drogue part en Inde pendant 2 ans sans donner de nouvelles. Quand revenu, se sert d'elle comme alibi (j'emmène Anne Marie se promener) et allait rejoindre ses copains pour se droguer, il se piquait devant elle et ne devait rien dit (secret lourd) - En grandissant, elle avait l'impression que jamais elle ne pourrait se mariée ni avoir d'enfant (jusqu' 19 ans). Se trouvait anormale. A eu ses premières règles à 18 ans). Libérée quand elle devient interne, elle ne vivait plus dans le contexte familiale, détachée de tout ça, pas besoin de parler #obligée de cacher des choses à ses parents	Trauma / fils Hypervigilance / fils et // enfants Sentiment d'injustice Installation non-dit, silence traumatisant : conséquences de replis sur soi Inhibition, sentiment de culpabilité (dette psychologique)
Relationnel	Scolarité: nature réservée, gentille et avenante, beaucoup de copains. A la maison, enfant discrète: on s'occupait peu d'elle. sa sœur s'est mariée jeune et alors sa mère s'est aperçu qu'elle était là, et regrette de ne pas avoir fait des choses avec elle: elle commence à la gâter. bac F8 secrétaire médicale à l'hôpital américain de Neuilly (17 ans): les secrétaires gèrent la clientèle. Médecin titre privée à l'intérieur de l'hôpital, elle qui passe dans les chambres des patients pour les feuilles de soins, les tarifs... patients du monde entier, clientèle très riche. Répond à leur demande (adresses boutiques, parfums...). Elle augmente ses connaissances en médicaments puis est formée comme instrumentaliste. Travaille avec 4 chirurgiens.	Affectif comblée par le matériel Se sent importante, donne beaucoup (/dette ?). elle est reconnue, à une place importante. Valorisation, reconnaissance

	Répercussions pubertaires discrète, pas de revendication	Pas crise identitaire, reste sur emprise
	Relations amoureuse: Quelques petits flirts puis rencontre son mari	Echappement et dépassement « prémonition »
	Sociabilité: De bons amis à Paris et quelques relations dans la région depuis son retour	
Situation familiale:	divorcée, 2 enfants: une fille de 13 ans et un fils de 11 ans Séparés depuis août 2000. c'est elle qui choisit la séparation. Lui décide de vivre à Paris (3 ans sans payer de pension alimentaire pour les enfants) mais les relations ne se passaient pas trop mal, mais depuis qu'il est avec sa compagne actuelle, c'est une véritable catastrophe son mari aime ses enfants mais est immature, ne sait pas les assumer. elle travaille beaucoup et élève seule ses enfants, la difficulté la pousse à partir et revenir en Bretagne. Elle a des amis à Paris mais pas de famille, gagnait bien sa vie mais sans pension alimentaire cela restait difficile. Elle est arrivée l'année dernière: installation, école puis cherche travail quand elle tombe malade. Les enseignants sont gentils avec les enfants durant l'hospitalisation: ils sont restés un temps chez ses parents mais enseignants à la retraite, ils demandent aux enfants de travailler beaucoup. Un temps chez les beaux-parents puis chez leur père mais la compagne de son ex-mari réclame les allocations familiales et ces derniers donnent également l'allocation logement: encore en cours pour "récupérer" ces versements. Son fils n'aime pas du tout la compagne du père qui elle-même à 3 enfants: elle est méchante avec les enfants. Sa fille non plus mais est plus raisonnable (l'aînée des 5) et si elle ne l'est pas: tout lui retombe dessus: on la tient responsable des enfants.	Insécurité Devoir tout assumer (contrôle, maîtrise) Fierté / gestion enfants, matériel, organisation : capacités à tout assumer Recherche autonomie, indépendance → moment de rupture entre le plein et le vide Injustice, frustration Répétition / vécu mais recul depuis la maladie, relativise plus
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: 30 décembre 06 Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: pneumonie du jour au lendemain: chez des amis, se sent mal, pas de malaise en particulier: mal à la tête et après ne discernait plus où elle avait mal: demande à sa fille d'appeler le médecin: hospitalisation et ne se rappelle plus de rien, comas, soins intensifs	
	Limitations fonctionnelles: comas 1 moi ½ Traitement médicale: en service de réanimation puis 4 mois hospitalisée à NDL pour les soins post comas et rééducation.	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt pneumonie et envahissement pneumocoque: réveillée et replacée en coma artificiel pour la soigner: réanimée 10 fois: question de survie. Les médecins préviennent les parents pour qu'ils annoncent aux enfants qu'elle a peu de chance de s'en sortir. Au réveil: le médecin lui dit qu'elle ne marchera plus: elle n'accepte pas, il ne pouvait pas lui assurer non plus que les tremblements allaient arrêter. Elle n'arrêtait pas d'essayer de sortir du lit et tomber. Après, elle est prise en charge par un kiné : elle tient debout, puis avec un déambulateur: elle n'avait plus de muscles, puis avec des béquilles. Kiné tous les jours, ainsi qu'un orthophoniste. Actuellement c'est à NDL qu'elle a réalisée réellement son état: elle y est restée 2 mois puis en hôpital de jour 3 semaines Physiquement aujourd'hui: « je suis fragile », fatigabilité, maux de tête perpétuels, perte 13 kg (30kg). Problème pieds: nécroses à tous les orteils: tous sauvés sauf 2: le petit orteil (amputé prochainement) qu'on va amputer et le gros orteil toujours en soin (soins	Hallucinations montreront qu'elle se bat pour vivre ou que son angoisse pour la mort est plus forte. Battante, se retrouve dans le schéma des débuts parisiens Sentiment de vulnérabilité, # femme forte, mais comme dans l'enfance où elle se retrouve comme l'enfant chétive. Angoisse de mort

	infirmiers tous les jours) elle a peur de l'opération, elle attend au maximum pour se faire opérer. D'autant que les enfants ont peur qu'elle retourne à l'hôpital, ils sont toujours inquiet et demande "tu ne vas pas mourir", je les rassure mais l'angoisse que ça recommence est plus forte : et si cette fois je ne me réveillais pas, je n'arrive pas à me contrôler cette fois.	Angoisse de perte						
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt durant le coma: elle vit dans un autre monde: entre vie et mort: cauchemars où on lui propose la mort: ex: dans une pièce, au début plein de gens qu'elle ne connaît pas, un balcon et le vide: tous les gens peu à peu sautaient par dessus le balcon: il ne restait qu'elle. Alors elle voit une femme dans un coin de la pièce avec un voile sur le visage qui lui dit que la seule solution est de sauter par dessus le balcon sinon, elle restera dans cette pièce: elle ne voulait pas, avait peur du vide, la femme est restée longtemps: des stalactites tombaient sur son voile: longtemps avec elle mais n'a pas sauté. Puis s'est retrouvée sur une plage, ses enfants étaient là et elle leur disait au revoir. Tous les 2 sans elle devaient garder leur sérénité, elle devait partir seule. Il n'y avait pas d'inquiétude. Puis voit ses parents dans une gare, tout le monde mourrait, il faisait froid et son père enveloppait sa mère pour réchauffer sa mère, lui meurt et sa mère reste vivante: observatrice. Puis dans un hôpital: sur un lit attachée (bougeait beaucoup dans la réalité), les infirmières lui disaient qu'elle n'avait le droit de faire pipi qu'une fois / jours sinon elle serait punie. Les voyait partir et renouvellement: toujours la même chose, puis comme détaché, voyait des personnes passées, partir, si passait la porte: le noir, le vide: lutte pour ne pas aller vers la mort. Quand elle se réveille est placée en pneumologie: au début parlait mal, ne marchait plus, tremblait beaucoup, ne mangeait pas seule. Sa mère venait tous les jours, elle était persuadée que son père et son jeune frère mort et n'a jamais voulu croire que son jeune frère n'était pas mort jusqu'au moment où on lui passe son frère au téléphone et qu'il répond (ce même frère qui s'est suicidé récemment: vivait en Suisse, sa femme est partie du jour au lendemain avec sa fille pour un autre: il n'a pas supporté) Actuellement ne comprenait pas ce qui lui était arrivée. Quand l'orthophoniste lui montre des dessins d'enfants : elle n'accepte pas, elle se sent prise pour une "débile". rêve beaucoup, lui arrive de se réveiller et ne pas savoir où elle est, ses rêves sont souvent mélangés avec ceux du coma. elle est suivie par un psychiatre et une psychologue (NDL) elle vit chaque instant avec plus d'intensité, comme si elle découvrait tout : beaucoup de bonheur : connaissance de la qualité de la vie, chaque instant comme nouveau. Seuls points négatifs : pas de vélo, plage, se baigner.	NDE : aux frontières de la mort Angoisse de vide Métaphore mort – froid Frontière Père protecteur Vide = mort Vécu comme prémonitoire // enfance axée sur le développement intellectuel et culturel						
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale) </td><td> famille présente </td><td> Enfants chez leur père pendant la fin de l'hospitalisation. Harcèlement même durant l'hospitalisation par la compagne de leur père. </td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	famille présente	Enfants chez leur père pendant la fin de l'hospitalisation. Harcèlement même durant l'hospitalisation par la compagne de leur père.	
	Ressources	Obstacles						
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	famille présente	Enfants chez leur père pendant la fin de l'hospitalisation. Harcèlement même durant l'hospitalisation par la compagne de leur père.						

	Financières Difficultés à cause du mari		
	amis présents		
	Environnementales		
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: n'est pas autonome / orverts, pas le droit de conduire (50%) Problèmes économiques: payée uniquement par la sécu, perte financière importante Alimentation, régime... peu d'appétit: nausées Est-il suivi? oui Logement = bien Loisirs Intérêts Hobbies Relations ne peut pas se baigner, pas courir, pas de vélo: tout lui manque. Compte beaucoup sur ses amis d'ici AU NIVEAU DU TRAVAIL Satisfaction au travail : oui / Désir de retour à l'emploi: OUI : / Relations avec les collègues : oui/ Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: n'aime pas rester à la maison, ne sait pas si en mesure de travailler bientôt, pense aux assos, cherche des actions pour s'occuper.		
	Désir, envies ... Auto-engendrement Besoin de se sentir importante et utile		
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme? pas d'objectifs pour l'instant, doit apprendre à vivre différemment, attentes "pronostics" Que désire t-il pour sa vie présentes et futures: Ses attentes		
	Fixation sur le présent par angoisse pour l'avenir. Angoisse de mort encore trop présente		
	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: avant stress ++, mieux qu'avant: voit la vie différemment, relativise les choses, moins inquiète. Impact positif sur l'estime de soi, image de soi. Ses inquiétudes: prend plus de recul sur les petites choses. Inquiétude plus en rapport avec la compagne ex-mari qui l'agresse, même à l'hôpital, l'insultait. Mais elle a décidé que les avocats fassent face à sa place. Sa compréhension / santé: Son histoire personnelle en fonction de maintenant : elle apprécie tout: promenade, lecture..., va déjeuner chez ses parents (habite même bourg).		
	Amélioration perception vie Relationnel de meilleure qualité		

	sa sœur la trouve méconnaissable / avant, plus de conversation, plus de sens, la sentait avant nerveuse, agacée d'écouter, plus agréable.	
	<u>Problématique :</u> / anxiété: dépend des jours, peur faire un AVC / troubles ressentis:	Angoisse mort
	<u>L'agir:</u> Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé : néant	Pneumonie

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart du temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez	3 2 1	

	Pas beaucoup Jamais	0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
	A	10
	D	4
		14

Évaluation

	NDL	
	Nolan Age: 45 ans Profession: commercial	
Fratrie	Composition familiale: fils unique	fils unique
Famille	Relations familiales père: dépressif suicidaire, 2 TS qd 2 mois et 2ans pour ne pas voir son père dans cet état, part en pension "chez les curés" dès l'âge de 6 ans dans le Maine et Loire, ne rentrant que le WE, jusqu'en 2de à 16 ans où il revient à Rennes à St Martin (toujours en pension) mère: jamais de câlin, pas de démonstration d'amour, mais avait tout ce qu'il voulait. quand retour (encore maintenant), la préoccupation de sa mère tourne autour du repas pour faire plaisir les relations entre les parents "infectes", ils ne se supportent pas, l'entente est impossible. seul la communication avec un seulement est possible (discussion qu'ils ne mettent pas en commun), qd il communique avec les 2, se termine toujours en conflit. parents: pas en bonne santé, enfant unique: angoisse, quel avenir? se sent toujours en devoir, en obligation vis à vis d'eux. pour eux il est un dieu.	père dépressif éloignement familial père non démonstratif, "absent" conflit parental fréquent INSECURITE pulsion d'emprise mutuelle, réciproque les uns vis à vis des autres.
Ruptures	Evènements marquants: 3 fois frôle la mort et s'en sort, se sent comme supérieur: plus d'angoisse. divorce il y a 6 ans: tout perdu: pourtant seulement regret: invivable ensemble Plusieurs passage à l'acte - Un coup de volant sur la 4 voie: a passé un fossé: airbag, voiture morte: n'a rien - S'est pendu: la corde n'a pas tenu - Alcool: trouver le fond pour trouver le déclic - Coma: considéré comme survivant: donné pour mort	crise suicidaire: pulsion de mort: p. à l'acte multiple, "plus fort que la mort"
Relationnel	Scolarité: pensionnat: cloître, curés: ont fait du mal, ne peut plus les voir. Le surveillant général: son oncle. dortoir: 4X30, lavabos eau froide, UN seul toilette. lever à 7H: chapelle avant de déjeuner. punitions: coups de règles sur les doigts, tirer les oreilles, genoux sur balais... la rigidité ne lui a pas donné le goût de conserver les relations avec camarades de là-bas: voulu évacuer et quand je rentrais, il fallait que je fasse attention à mon père ... et je rentrais rarement. Copains plus lorsqu'il est pensionnaire à Rennes: conserve encore des liens avec eux	Période traumatique : vie difficile, encore affecté et violence dans la verbalisation Pas compassion famille, tout tourne autour des besoins du père et sa dépression.
	Répercussions pubertaires Son enfance l'a blindé: on le frappe: il encaisse, il s'est durci. Viré du lycée: revendication par insolence: jamais de violence. Mais "soulevant la soupe" pour ne pas exploser, maintenant l'évacue. Décision par rapport aux parents de ne pas reproduire: pourtant avec ses 2 filles jumelles de 19 ans, il a l'impression d'avoir reporté un système militaire.	Révolte Répétition
	Relations amoureuse: avant son mariage: multiple.	

	Il connaît sa femme en 81, marié 18 ans, sans tromperie. Ils se séparent d'un accord commun, se passe bien, toujours dialogue, aucune agressivité. Lassitude du couple. Respect pour sa femme. Lui a essayé de refaire sa vie, pas sa femme.	
	Sociabilité: Toujours sociable si courant passe	
Situation familiale:	divorcé, 2 filles jumelles 19 ans. Difficultés pour avoir les jumelles: sa femme est restée couchée 5 mois, n'a pas pu voir ses filles tout de suite, elle ne pouvait pas marcher. A passé 2 ans père au foyer. Jumelles: gentilles mais infernales quand petites, ne dormaient pas. Eloignement progressif dans le couple. N'a pas vu grandir ses filles: il pouvait rentrer dans la salle de bain ou se promener nu: choqué filles, demandé au père de préserver leur espace: pas compris tout de suite, les relations se sont distancées avec elle: il en a souffert. Aujourd'hui, il participe à tout: études, financièrement difficile, très bonnes relations aujourd'hui avec ses filles, plus "copains", n'a plus de conflits avec leur mère.	
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: il y a 4 ans Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: coma: maladie orpheline: devenu un vrai "légume"	Déliasion destructurante
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale:	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt: physiquement: le même qu'avant: juste problème pied. souvenirs: mémoire sauf de la période du coma et année qui a suivi: plus de souvenir de l'amie avec qui il vivait à l'époque. Cette période post-coma s'est suivie d'une alcoolisation massive: il buvait seul pour s'assommer: attendait la mort. Intériorisait Actuellement Après le sevrage: la vie, il est suivi par un psy du CCA. Du jour au lendemain: poumons à neuf: une semaine hospitalisation puis seul chez lui: peur. Problème peau: lupus traité à Ponchaillou, lupus commencé après son divorce quand il était seul. NDL: rééducation, recommençait à marcher: peur de l'escalier. Regarde en permanence à ses pieds, peur de croiser des gens dans la rue, trottoir, toujours peur de tomber. Change son vélo pour un vélo de femme, peut mieux se "rattraper" en cas de déséquilibre.	Peur de la solitude Lupus: expression psychosomatique liée à l'objet "regard" Angoisse effondrement
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt prévision partir habiter en Savoie. réveil coma: se souvient juste de son nom, à la question sur son adresse: répond Savoie. N'a pas du tout de souvenir de sa période d'hospitalisation à Ponchaillou. Doit tout réapprendre: marcher... Son angoisse: tomber: 1^{ère} peur. Ne peut pas se lever seul. Actuellement il a l'impression d'avoir jugulée l'angoisse de la mort, a dompté la mort en la "reconnaissant": il l'a vu: ce petit point noir avec un trou rouge au milieu, plus le point rouge diminuait, c'est comme si il s'en approchait, le touchait: il ressent une certaine sécurité depuis. L'approche de la mort: aimé, très beau.	

	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale) </td><td>famille venue, amie de l'époque, ex-femme.</td><td>.</td></tr> <tr> <td> Financières </td><td>pas de changement</td><td></td></tr> <tr> <td> Environnementales </td><td></td><td>Amis très peu présents: 5 amis mais éparpillés, plus des copains sinon</td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	famille venue, amie de l'époque, ex-femme.	.	Financières	pas de changement		Environnementales		Amis très peu présents: 5 amis mais éparpillés, plus des copains sinon	
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	famille venue, amie de l'époque, ex-femme.	.												
Financières	pas de changement													
Environnementales		Amis très peu présents: 5 amis mais éparpillés, plus des copains sinon												
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: NON Problèmes économiques: reprise activité professionnelle comme avant Alimentation, régime... plus rien Est-il suivi? Non Logement = Loisirs Intérêts, hobbies Relations } Communication, ouverture, plus de peur, (plus de peur du métro), peut profiter de sortir sans angoisse / alcool. Solitude pèse: maison "dortoir" AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: MAINTENANT : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: voit beaucoup de monde, fait beaucoup de voiture, organisation personnelle, retour Alsace ce jour: discussion pendant tout le voyage.	Angoisse de vide, peur de la solitude												
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme? Rester en vie: partir, découvrir la montagne # avant vie réglée sur les vacances scolaires. Que désire t-il pour sa vie présentes et futures: Refaire sa vie sans enfants. Son amie avait 2 enfants: comme ses belles filles: trop													

	investit pour les autres. Ses attentes	
	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: Physiquement, pas trop bien du fait de ses problèmes de peau. Ses inquiétudes: rester seul Sa compréhension / santé: personne ne sait expliquer cette maladie Son histoire personnelle en fonction de maintenant : bénéfice, comprend le sens de la vie	Solitude « appel » à la mère protectrice
	<u>Problématique</u> : / anxiété: / troubles ressentis: depuis l'enfance, je ne devrais pas vivre, on me reproche de vivre et en même temps on sollicite mon sens du devoir	Angoisse d'abandon, de rejet
	<u>L'agir</u>: Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: NOLAN

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A	12
D	4
	16

Évaluation

	NDL	
	Bleu Age: 64 ans Profession agricultrice en retraite	
Fratric	Composition familiale: 8 enfants: la 3 ^{ème} . 2 frères avant elle, pas de différences entre les enfants, enfance heureuse. parents agriculteurs	Famille nombreuses
Famille	Relations familiales mère: beaucoup à l'extérieur, due devenir autonome très vite père: dur et autoritaire chacun se débrouillait à sa façon, fallait bien	Rigidité Mère absente Carence affective Travail tôt
Ruptures	Evènements marquants - Sœur suicidée il y a 4 ans, pas compris son geste, elles étaient très proches - Décès conjoint en 1996,	Trauma
Relationnel	Scolarité: bien, avait des camarades. Famille loin, pas pensionnaire	
	Répercussions pubertaires part à 20 ans suivre son ami, elle vit "comme ça" avec lui	
	Relations amoureuse: Epanouie dans sa vie de couple travail: pas dur: pas grande exploitation	Moins dur que l'enfance, même univers
	Sociabilité: beaucoup d'amis	
Situation familiale:	En couple avec 4 enfants. mari décédé en 1996, remariée en 1997 Elle quitte l'exploitation, elle vit aujourd'hui avec un homme très gentil. Bien aujourd'hui aussi dans sa vie. Changement dans sa vie, plus de confort. 4 enfants dont l'ainé à 40 ans: les 4 se suivent. Elle est très bien avec ses enfants	
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: → AVCI, il y a 5 mois	
	Limitations fonctionnelles: en fauteuil roulant, a beaucoup de mal à s'exprimer Traitement médicale:	Séquelles importantes, verbalisation difficile Elocution et compréhension difficile
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt: Pas de souvenirs Actuellement Retrouve l'usage de la parole, bouge un peu plus le bras mais pas la jambe (Pleure facilement, triste)	
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil	

	Au moment de l'arrêt Anxieuse, stressée Actuellement Triste et anxieuse: a envie de pleurer tout le temps Elle n'est pas bien en hospitalisation complète mais pour autant n'a pas envie de rentrer:	# « tout va bien » état de résignation ++												
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale) </td><td> voit ses enfants tous les dimanches son ami vient la voir 2 fois par semaine </td><td> ses enfants lui manquent et elle pleure quand ils s'en vont. </td></tr> <tr> <td>Financières</td><td>? (ne sait pas)</td><td></td></tr> <tr> <td>Environnementales</td><td>Amis viennent</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	voit ses enfants tous les dimanches son ami vient la voir 2 fois par semaine	ses enfants lui manquent et elle pleure quand ils s'en vont.	Financières	? (ne sait pas)		Environnementales	Amis viennent		Tristesse, replis sur soi, peu expressive sinon
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	voit ses enfants tous les dimanches son ami vient la voir 2 fois par semaine	ses enfants lui manquent et elle pleure quand ils s'en vont.												
Financières	? (ne sait pas)													
Environnementales	Amis viennent													
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: OUI Problèmes économiques: ? Alimentation, régime... ? Est-il suivi? NON Logement = Loisirs Intérêts, Hobbies Relations } envie de rien, souvent envie de pleurer, long à revenir AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: SATISFACTION AU TRAVAIL AVANT LA RETRAITE	Dépression												
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme? Aller mieux	Victimisation												

	Que désire t-il pour sa vie présentes et futures: Rentrer chez elle Ses attentes en attente de voir: motivation moyenne pour la rééducation, résignation	résignation
	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: négative Ses inquiétudes: pessimisme Sa compréhension / santé: bonnes explications par les médecins Son histoire personnelle en fonction de maintenant (...)	pessimisme
	<u>Problématique</u> : / anxiété: angoisse montante / troubles ressentis:	Angoisses, oppression (montre avec les gestes la douleur dans la cage thoracique)
	<u>L'agir</u>: NEANT Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Marie

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A	16
D	17
	33

Évaluation

	NDL	
	Danièle Age: 60 ans Profession	
Fratrie	Composition familiale: 1 frère (+13 ans): pas fraternel quand elle 5+6 ans, frère part sur Toulouse pour ses études. Il ne reviendra pas sur la région. Il ne s'occupait jamais de sa mère: ne s'arrêtait pas la voir même s'il descendait en Bretagne et passait à quelques km. Très absent, très distant. il s'est tué en voiture en mars avec sa femme.	A vécu comme fille unique
Famille	Relations familiales elle est née lors du retour de guerre de son père. Sa mère avait 39 ans et son père 42 ans. Bons souvenirs. mère travaillait beaucoup, ne se montrait pas dépressive. mère décédée en 1991. sentiment de vide, d'anéantissement. N'a jamais refait surface. Culpabilisation car elle a dû la mettre en maison de retraite, elle même suivant un traitement pour un cancer du sein. père: présent, gentil. Il était charbonnier et ses copines se moquaient d'elle parce qu'il était sale. Il est décédé en 1981 d'un cancer généralisé. Période difficile, très attachée. pour elle, elle s'était toujours dit que lorsque les parents se seraient plus là, il n'y avait plus d'intérêt à vivre: manque trop important.	/ actuel Vide, anéantissement, culpabilité Centrage familial Retrait social Dépendance Mélancolie
Ruptures	Evènements marquants - Elle arrive de l'école un jour et voit sa mère avec le tuyau de gaz dans la bouche: elle lui fait jurer de garder le silence et de ne rien dire à son père: secret lourd à garder, à longtemps eut peur de laisser sa mère seule.	Mère dépressive Syndrome d'abandon Angoisse de perte Conscience mère « malheureuse », donc doit combler Pulsion emprise
Relationnel	Scolarité: Jusqu'au BEPC, pas beaucoup d'amis. Entre ensuite dans une coopérative de pharmaciens: apprenait le matin et travaillait l'après-midi et réussit ses examens de préparatrice en pharmacie	Réservée, Inhibée Replis sur l'environnement familial
	Répercussions pubertaires J'étais sage et gentille, je ne voulais pas faire de mal aux parents	
	Relations amoureuse: elle n'a connu que son mari. Il a changé dès le lendemain du mariage, pas démonstratif	
	Sociabilité: Durant l'enfance elle vit à St Brieuc, dans un petit immeuble face à une ferme où il y avait une fille du même âge, elle passait tout son temps libre avec elle à la ferme. Vie relationnelle dense durant cette période. Vie de couple: battue par son mari et trompée. Il la battait en rentrant, pas sur le visage pour les gens ne voient pas les bleus, donc un peu plus tranquille les 3 ans où elle travaillait à la pharmacie de Noyal sur Vilaine. Puis son mari décide de faire un élevage de chien mais ne s'en occupe pas, à ce moment là elle quitte son travail	Femme battue Soumise Rupture sociale Replis sur soi

	et sa vie empire, elle doit souvent se cacher des gens.	
Situation familiale:	divorcé, 3 enfants. un fils de 40 ans, vit à Paris. Depuis 1991, a arrêté de voir son père et l'a revu l'année dernière: souffrance, d'autant qu'il l'a invité à son mariage. Sa TS: 3 semaines avant le mariage: éloignement du fils, amertume. Mais elle ne pouvait pas revoir son ex-mari pour le mariage, elle le redoutait et craignait le déroulement: angoisse à vomir. 2 filles: 1 de 38 ans et l'autre de 37 ans. fille 38 ans: très difficile à comprendre, jalouse de tout, rancunière. Instit, jamais positive, elle est mariée et a 2 enfants, construit leur maison: toujours insatisfaite. Elle voit de temps en temps son père. En décembre, elle n'avait pas vu sa fille depuis un mois. Quand elle a appris sa TS, a seulement dit: "on savait qu'il allait se passer quelque chose", et pourtant elle n'a rien fait, elle habite à quelque pas mais la voit très peu. fille de 37 ans: plus facile à vivre, plus proche. Elle vit en couple avec un conjoint alcoolique, pas très heureuse. Elle a 2 enfants de 5 et 8 ans. Elle revoit son père depuis 3 ans (en souffre). Il a toujours le bon rôle, il redevient un homme « bien » auprès des enfants : elle a tout perdu. « j'ai toujours perdu de toute façon » elle quitte son mari en 1993 lorsque ses filles sont étudiantes et prêtes à partir (l'aînée dans une chambre du CROUS et la 2^{ème} partie faire le tour d'Asie et son fils préparait sa thèse à l'INSA). Seule l'angoisse montait, elle avait peur que son mari entre. Elle vit alors un an dans un garage prêté par un couple. Elle garde le traumatisme de la violence: ceci reste dans sa tête et a toujours peur. Il la violait tous les soirs. Mari: prof de sport en enseignement supérieur, souvent des maitresses.	Frustration, colère/fils : sentiment de dévalorisation Angoisse affrontement ex conjoint (encore sous son emprise même absent), a peur de lui. TS : voulait en finir : trop d'angoisse TS comme appel, demande de compassion Souffrance / regard Sentiment d'impuissance et redoublement frustration lorsque les enfants revoient leur père : impensable pour elle. Humiliation : souffrance non prise en compte. Victimisation
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: mai 06, NDL puis clin de Bruz. Décembre 06 à juil 07) Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: TS, s'est jetée sous le TGV	
	Limitations fonctionnelles: amputation d'une jambe Traitement médicale:	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt: amputation Actuellement: prothèse, mais se déplace principalement en fauteuil roulant.	Séquelles : handicap physique : amputation de la jambe
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt: en 1991, cancer du sein: entend son mari dire: "dommage que tu ne sois pas crevée". Puis sa mère décède quelques mois plus tard, elles étaient très proches. Sa mère habitait Maurepas, allait la voir tous les jours. La précipitation de l'opération laisse sa mère seule, elle a dû la placer dans une maison de retraite où elle s'est laissée mourir. Son mari donne les meubles de sa mère ou les vend et casse le reste tout/ aujourd'hui, il ne lui reste que sa machine à coudre. Toujours peur de rencontrer quelqu'un, ne sortait presque plus dans Noyal. Peur de rencontrer des gens, des questions qu'on pouvait lui poser. Après la séparation, au marché, les gens lui demandait des nouvelles de son ex-mari et son amie: elle ne veut plus sortir. Solitude, isolement, abandonnée, notamment par médecin. Pour elle : dépression mal soignée: vu 26 fois /2 mois son généraliste qui refuse de l'hospitaliser comme elle le demande. Angoisse très forte / mariage fils (et présence ex-mari) et soucis avec ses 2 filles. "je n'ouvrais plus mes volets, je restais couchée, je ne m'habillais plus" et "malgré tout, ni mes filles, ni le médecin ne voyaient que j'étais mal, très angoissée, je	Rejet Dépendance mère, culpabilité, emprise Regard / l'autre Frustration Vide, isolement, sentiment d'abandon (même par le médecin) Demande non entendue malgré comportement victimiste (demande de compassion)

	voulais être hospitalisée" Angoisse intense. Elle ne voyait pas d'autres issues. L'angoisse était tellement forte le soir, qu'elle se dit en regardant la TV que ça ne peut pas durer comme ça, elle doit faire quelque chose. Elle vérifie les heures de passage du train durant 15 jours. Lorsqu'elle attend le passage du train sur les rails, la vitesse la remue et elle ne meurt pas, elle se traîne sur l'autre rail mais le système de sécurité SNCF, empêche tout passage de train lorsque quelque chose de suspect est relevé. Les recherches durent 4h avant qu'elle ne soit découverte, elle a perdu conscience, semai-comateuse, elle est soignée sur place et subit l'amputation de la jambe. Réveil douloureux de se voir là et en plus handicapée. Actuellement Toujours des bouffées d'angoisse, coupe toute relation avec les gens de Noyal: soulagement, peut sortir un peu. Sentiment d'injustice avec la mort de son frère et sa BS. cauchemars ++. Dans ses cauchemars, le train arrive: elle est avec son frère, c'est elle l'adulte et lui enfant: elle l'entraîne avec elle sous le train.	Acte : décharge d'angoisse insoutenable Acte : leur montrer, leur faire regretter, renvoyer la culpabilité : renforcement demande Encore victime, elle qui subit encore Réparation partielle												
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale) </td><td> Plus d'amis que famille, sa fille de 37 ans Plus récemment, son autre fille et son fils mais au début, lui en voulaient trop, notamment son fils : mariage raté </td><td></td></tr> <tr> <td>Financières</td><td></td><td>difficile. Pension handicapée mais vient d'avoir 60 ans, donc retraite mais très faible (perte de 100€)</td></tr> <tr> <td>Environnementales</td><td>un cercle d'amis à Rennes (personnes connues durant les hospitalisations. une amie à Cherbourg et une autre à Lyon et des amis de Belgique qui se sont déplacés la voir</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Plus d'amis que famille, sa fille de 37 ans Plus récemment, son autre fille et son fils mais au début, lui en voulaient trop, notamment son fils : mariage raté		Financières		difficile. Pension handicapée mais vient d'avoir 60 ans, donc retraite mais très faible (perte de 100€)	Environnementales	un cercle d'amis à Rennes (personnes connues durant les hospitalisations. une amie à Cherbourg et une autre à Lyon et des amis de Belgique qui se sont déplacés la voir		
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Plus d'amis que famille, sa fille de 37 ans Plus récemment, son autre fille et son fils mais au début, lui en voulaient trop, notamment son fils : mariage raté													
Financières		difficile. Pension handicapée mais vient d'avoir 60 ans, donc retraite mais très faible (perte de 100€)												
Environnementales	un cercle d'amis à Rennes (personnes connues durant les hospitalisations. une amie à Cherbourg et une autre à Lyon et des amis de Belgique qui se sont déplacés la voir													
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: dans la maison essaie de se déplacer, sinon, à l'extérieur en fauteuil roulant: autonome (prend le bus) Problèmes économiques: oui Alimentation, régime... non	Adaptation, sort de l'isolement Son fauteuil expose sa victimisation												

	Est-il suivi? 1/semaine, le psychiatre Logement = un petit logement à Rennes, rez de chaussée immeuble entre centre commercial et parc, fils acheté un buffet, une table, 2 chaises et un canapé: est bien mieux installé qu'avant. Loisirs Intérêts, hobbies Relations parc, visite amis, un peu centre commercial AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: retraite	Bénéfice : confort et plus qualité de vie, sort d'une situation négative Regret d'avoir abandonné sa situation professionnelle : bonne situation pour l'époque : seule situation où elle existait, était reconnue
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme? vit mieux que ce qu'elle a vécu, moins peur qu'en 93, lors de sa séparation où elle a dû vivre dans un garage en attendant d'avoir un logement ESPACIL libre mais celui-ci est à Noyal. Sa vie ressemble à ce qu'elle a souhaité sauf qu'elle ne peut le vivre pleinement à cause de son handicap. Que désire t-il pour sa vie présentes et futures: ne plus avoir d'angoisse, peur de sa fille, aimerait trouver la paix, arranger sa petite vie tranquille. Ses attentes	Et maintien de la victimisation reportée sur le handicap physique Réparation partielle
	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: pendant 15 mois d'hospitalisation, était très entourée, aujourd'hui la solitude lui fait "bizarre" (dans son logement depuis 15 jours), mais ça fait du bien d'être avec ses affaires. Hospitalisation : les gens l'écoutaient et compatissaient : relations amicales Réparation : les enfants s'occupent d'elle Appartement : nouveau lieu, satisfaite. Fils qui a acheté mobilier et l'a aménagé : retour, rapprochement du fils Et : "même le psychiatre se déplace à mon domicile". Ses inquiétudes: avenir, ne supporte pas son handicap réminiscence du passé (empêche de dormir et éveille l'angoisse, surtout le soir) Sa compréhension / santé: Son histoire personnelle en fonction de maintenant bénéficie	L'hospitalisation lui donne une existence identitaire : retour à la socialisation (elle conserve certaines relations) Reconnaissance
	<u>Problématique</u> : / anxiété: / troubles ressentis: a perdu (évacué) 50% de son angoisse précédente.	Baisse intensité angoisse
	<u>L'agir</u>: Circonstances: isolement, peur perte affective Etat émotionnel: angoisse profonde, dépression Moyen utilisé: jetée sous le train	Angoisse abandon, regard de l'autre Appel, échappement Vengeance / entourage

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Danièle

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		15
D		7
		22

Évaluation

	NDL	
	Nom: Nicolas Age: 34 ans Profession: routier	
Fratrerie	Composition familiale: 1 sœur (+ 3ans), toujours de très bonnes relations	
Famille	Relations familiales: mère: protectrice, lui toujours dans ses jupes, pas très caline ni démonstrative. Surpris il y a peu quand sa mère est partie en Irlande sa mère a signé "ta maman qui t'aime": bizarre, on parle peu des sentiments. # exprime dans son couple et ses enfants mais sa femme jamais dit je t'aime en 11 ans enfance gâté. père: le voyait peu: travaillait beaucoup pour gagner de l'argent. Parlait peu, absent, pas participation pour l'éducation (sf en math mais pouvait rester jusqu'à 2 H du matin. Préoccupation matériel (comme lui pour ses enfants)	Manque Recherche démonstration affective Père absent Répétition
Ruptures	Evènements marquants - Pas trop de souvenirs	
Relationnel	Scolarité: enfance tout le temps dans les pattes de sa mère (pb pour l'école: il pleurait tous les matins pour aller à l'école, toute la maternelle), peu de souvenirs avant 14 ans. beaucoup de copains, aussi à l'extérieur. résultats toujours passable jusqu'au BTS (toujours limite)	Pulsion attachement Syndrome d'abandon Bonne sociabilité
/ aujourd'hui	Répercussions pubertaires très marquée: fugues, colère, grandes revendications quand père absent et plus petite quand présent. Colères aussi envers sa sœur: se voit encore taper dans les portes de placard et partir. Son départ calmait tout le monde, tout reprenait son court normal FUITE comportement de fuite face aux conflits toujours actuellement et au retour: acquiesce ce que sa femme dit: "pour être tranquille" et que tout redevienne normal: elle est contente. Un peu dans la résignation. très malléable de peur de perdre l'autre.	Revendication pubertaire Fuite des conflits Résignation, soumission Angoisse de perte
	Relations amoureuse: une première relation amoureuse assez bizarre: angoisse de perte. Pourtant c'est lui qui la quitte. Après c'est toujours lui qui s'est fait quitté: au départ cela ne semble pas trop inquiétant et après il souffre terriblement. il est tombé amoureux de l'ex femme de son ami (sans changer la relation avec ce dernier), celle-ci l'a trompé plusieurs fois mais il s'en fichait car revenait toujours: soulagement quand elle rentrait, jusqu'à la rupture définitive: y pense encore. il était plus amoureux que l'inverse. Il y avait moins de différence d'âge avec sa fille qu'entre deux, mais elle était immature. toujours attiré par des femmes plus âgées que lui. il a le sentiment qu'il a souvent "trop aimé", y va trop à fond, donne tout...pas de retour. a rencontré sa femme actuelle en travaillant dans la même entreprise, une fin de soirée entreprise, elle le ramène chez elle, elle est amoureuse de lui et 3 semaines après aménage avec elle: lui ne connaissait toujours pas ses sentiments pour elle. A l'époque, elle a 1 fille de 8 ans (19 ans aujourd'hui), quand elle le quitte une première fois, il s'aperçoit qu'il l'aime: son amour à elle baisse et le sien augmente	Angoisse de perte Attente amour de l'autre /mère Répétition/mère

	au départ plutôt passionnel, avaient des projets: il allait chercher de l'argent et lorsque le projet prenait fin: plus de but, allait au bar avec les copains, puis passait son temps à essayer de la récupérer. Sociabilité:	
Situation familiale:	marié, 2 enfants: 1 fille de 8 ans et 1 garçon de 6 ans. femme: aide comptable, pas d'ambition professionnelle mais envieuse de tout. Conflits fréquents avec femme : il partait alors au bar avec des copains et rentrait le lendemain, et cela pendant pas mal de temps. sa femme était toujours insatisfaite, toujours envie de quelque chose: maison, voiture, piscine.. des désirs "chers": toujours la course après l'argent. Sa femme a 9 ans de plus que lui, déjà un 1^{er} divorce: impression qu'il n'a pas réussi à lui donner suffisamment. Prévision achat piscine, rétracté juste avant le "clache": sa femme a pris la décision que c'était fini entre eux.	Fuite Angoisse de perte Peur du rejet
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: 30 mai 07, depuis le 11 juin 07 à NDL Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: TS médicamenteuse (3^{ème})	3 ^{ème} TS
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale: anxiolytique et antidépresseur	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt: 30 H sur le carrelage, un rein ne fonctionne plus: néphrologie (1 mois ½ pour le rein (1 bon aujourd'hui), membres "morts", coma, opération sous les genoux (// paralysie), Actuellement le pied droit remis, pas le gauche, pas de réflexes: inquiétudes / travail, pas bien, angoisse, souvent envie de pleurer	Victimisation Sentiment de préjudice, d'injustice (tonalité et attitude) Angoisse /avenir
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt TS/couple. Mardi d'avant pas rentré, routier, le vendredi soir quand il arrive, sa femme et ses enfants sont partis: un mot: "c'est terminé, tant que tu ne comprendras pas, je ne rentrerais pas", le samedi quand il l'appelle, elle ne veut rien entendre. déjà les 2 derniers WE, sa femme ne parlait que séparation. il pense à ses enfants, pèse le pour et le contre, en a marre et ne trouve pas d'autres issues que la TS. angoisse, mal être, ne sait plus quoi faire. Actuellement plaisir à se remettre, le soir retrouve les gens pour des jeux de Sté, journée: boules.... S'intègre bien. évite la projection pour être tranquille, rumination de courtes durées.	Appel Chantage affectif Angoisse de perte insurmontable Ne peut plus fuir autrement que dans la mort Parole impossible Existe par le relationnel

	RESSOURCES ET OBSTACLES <table> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> <tr> <td> Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale) </td><td> voit sa femme une fois par semaine (au début 3 fois) voit ses enfants actuellement 3 fois/semaine, sa belle-mère 2 fois / semaine, ses parents 3fois/semaine au moins parfois même tous les jours. sa sœur, ses cousins </td><td> Femme pas présente, quand il est en réa, elle dit faire expertiser la maison. Elle ne montre aucune émotion. Un mois sans voir sa femme ainsi que les enfants. Voyait peu ses parents, aujourd'hui un peu trop, comme des retrouvailles mais ça le gêne </td></tr> <tr> <td> Financières </td><td></td><td></td></tr> <tr> <td> Environnementales </td><td> Soutient des collègues et des amis </td><td></td></tr> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	voit sa femme une fois par semaine (au début 3 fois) voit ses enfants actuellement 3 fois/semaine, sa belle-mère 2 fois / semaine, ses parents 3fois/semaine au moins parfois même tous les jours. sa sœur, ses cousins	Femme pas présente, quand il est en réa, elle dit faire expertiser la maison. Elle ne montre aucune émotion. Un mois sans voir sa femme ainsi que les enfants. Voyait peu ses parents, aujourd'hui un peu trop, comme des retrouvailles mais ça le gêne	Financières			Environnementales	Soutient des collègues et des amis		
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	voit sa femme une fois par semaine (au début 3 fois) voit ses enfants actuellement 3 fois/semaine, sa belle-mère 2 fois / semaine, ses parents 3fois/semaine au moins parfois même tous les jours. sa sœur, ses cousins	Femme pas présente, quand il est en réa, elle dit faire expertiser la maison. Elle ne montre aucune émotion. Un mois sans voir sa femme ainsi que les enfants. Voyait peu ses parents, aujourd'hui un peu trop, comme des retrouvailles mais ça le gêne												
Financières														
Environnementales	Soutient des collègues et des amis													
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: difficulté conduire (mais hospitalisation pour l'instant) Problèmes économiques: ni pense pas pour le moment Alimentation, régime...: non Est-il suivi? oui Logement = ne sais pas (/ séparation) Loisirs Intérêts, hobbies Relations } désire changer mais ne sait pas encore quoi ni comment AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: AU PLUS TOT : / Relations avec les collègues : BONNES / Le sens du travail dans la vie: BIEN-ETRE MATERIEL / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: refaire comme si tout revenait comme avant	Projection difficile Retour au même												
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme? Avoir une vie normale, comme tout le monde. une vie tranquille avec sa femme. Peut-être envisager une place où il pourrait rentrer tous les 2 jours Que désire t-il pour sa vie présentes et futures: Ses attentes Recherche ressources→ épuisement trouver d'autres centres d'intérêts: il ne parle qu'au boulot ou aux gens du bourg.	En rapport avec les femmes Retour au même Construction couple basée autre que matérielle : attente affective												

	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: jamais réussi à se voir, convivial sans doute puisqu'il a un bon relationnel Ses inquiétudes: son couple Sa compréhension / santé: motivé: bosse à fond pour récupérer Son histoire personnelle en fonction de maintenant bénéficie	Pas perception de lui-même Recherche encore retour au même Motivation sur un versant pulsion de vie et non plus de destruction
	<u>Problématique :</u> / anxiété: inquiétude pour l'avenir, peur de ne pas récupérer / troubles ressentis: bouffées d'angoisse parfois quand pense à la sortie	
	<u>L'agir:</u> 3 ^{ème} TS, 1 ^{ère} avec séquelles physiques, la dernière fois avait été suivi à Guillaume Régnier Circonstances: pb couple, Etat émotionnel: question sur la vie pour lui maintenant: sensation de vide, angoisse profonde quand vécu ce vide existentiel Moyen utilisé: médicaments	Vide Angoisse profonde Pas existence par rapport à soi-même (non appropriation désir/ pulsion d'emprise)

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Nicolas

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A	12
D	9
	21

Évaluation

	NDL	
	Mars Age: 45 ans Profession: routier	
Fratrerie	Composition familiale: 14 F et S : 12 vivants: 1 décédé à la naissance et 1 F, il y a 6 ans d'un cancer, ne le connaît pas, ne le voyait jamais. les derniers sont assez unis: 1F à Baulon, 1S à Campénéac, 1F à Evran, sont ceux qui se côtoient régulièrement, souvent lui qui se déplaçait (seul). Avec le travail, quand sur le chemin, s'arrêtait avec le camion. Différence: Assistance sociale a retiré les enfants à la mère quand père décédé: lorsque lui avait 2 ans: 6 sont élevés dans la même famille d'accueil, se voient plus, à part une des sœur partie à Paris mais proche tout de même. Parents adoptifs: ses parents, une maison à la campagne.	Syndrome abandon Victime de l'A.S
Famille	Relations familiales pas connu père, mère internée à l'hôpital de Vannes: trauma / enlèvement des enfants, puis travaille en cuisine: rare quand ils y allaient. Au décès du père, marin pêcheur, les bateaux sont saisis (2). Le père était le plus riche de Quiberon, il avait un parc à huitre, la 1 ^{ère} traction, une belle maison..., le tout saisi par l'état: il a connaissance de ça à 40 ans. personne n'avait de photo de son père, la mairie de Quiberon a brûlé au moment même où les meubles y étaient stockés, il ne reste aucune trace de l'histoire, même les papiers de la mairie ont été détruit. Sa mère n'a pas supporté cette injustice. Bonne famille d'accueil: 2 F à eux, les plus chouchoutés, eux, faisaient les corvées, surtout lui qui ne disait jamais non. Il y a eu d'autres enfants de passage dont Yvette arrivée à 5 mois et est restée comme tous jusqu'à 18 ans: comme une sœur, elle prend régulièrement de ses nouvelles.	Climat insécurité/ trauma de séparation Mort du père tôt et destructurant l'équilibre de la famille (éparpillement) Soumission Difficulté, poids de la vie
Ruptures	Evènements marquants - A 40 ans apprendre des vérités qui font mal. Rien savoir: devient une obsession: que s'est-il passé? Est-ce une machination? Les aînés disent que ça s'est passé comme ça mais n'y croit pas. - Révolté par rapport à son père et surtout avec les AS: il a galéré à cause d'eux	Victimisation, injustice impuissance
Relationnel	Scolarité: il n'a pas eu de chance, l'assistante sociale l'a obligé à faire un CAP maçonnerie alors qu'il voulait être menuisier. L'assistance sociale a gâché sa vie, son métier, il a dû se débrouiller par lui-même depuis l'âge de 17 ans.	Injustice, impuissance Répétition victimisation de la "toute puissance" de l'A.S sur le cours de sa vie.
	Répercussions pubertaires plus la débrouille, a fait pleins de petits boulots pour survivre (toile de tente pendant un an, puis dans un autobus pendant 2 ans)	# vie avant décès père
	Relations amoureuse: Pas situation propice, c'était galère, rencontré mon ex-femme : j'y croyais	
	Sociabilité:	
Situation familiale:	marié tôt et divorcé depuis 10 ans: 3 enfants: 2 filles (24 et 17ans) qu'il ne voit pas (montées par leur mère) et un garçon de 13 ans. Depuis pas en ménage à cause de son ex-femme, lui en a toujours voulu, elle a perdu tous les procès, même les appels. Elle a un très fort caractère. La 1 ^{ère} année, il	Victime « ne peut pas » être en couple à cause de sa

	n'avait le droit de voir ses enfants que le dimanche après-midi et en présence de quelqu'un, l'ainée n'est jamais venue. Son ex-femme est remariée et a 3 enfants	femme : emprise, soumission, résignation : laisse choisir pour lui										
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: 2003, 2006 Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: une hernie discale: paralysie du bras droit, puis algodystrophie: nouveau traitement, angoisse. le 27 juil 2006, rechute, fixation 1 ^{ère} hernie sur la 2 ^{ème} , paralysie du bras: retiré la C7: angoisse, inquiétude sur le déroulement de l'intervention et des conséquences, les récupérations. intervention qui passe par la gorge avec un risque de toucher la moelle épinière et donc risque de paralysie. Passe par la rééducation.	Déstructuration corporelle Forte effraction corporelle : son corps ne le soutient plus										
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale:											
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre entre 2003 et 2006, il passe par un centre de réadaptation professionnelle, trouve un nouveau travail mais avec un salaire moins important. Au moment de l'arrêt Réminiscence de 2003 avec difficultés de mobilité du bras droit. Licencié pour inaptitude (chauffeur livreur / plaque dans le dos), angoisse de perdre son travail. Actuellement début aout, double fracture par manque de calcium, T8 et T11, et ce, simplement en se levant de son canapé. Il a du changer son alimentation: laitage (avant jamis)...	Angoisse pour l'avenir										
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt Toujours des inquiétudes pour le lendemain. lui, bricoleur, à dû tout interrompre: c'est lui qui a fait tous les meubles ... Il s'ennuie, rumine beaucoup. A eu des problème de dépendance à l'alcool avant d'être chauffeur Actuellement "trop long", vit seul, douleur en continue, c'est plus long que la 1 ^{ère} fois, espère que cela s'arrête un jour. craint ne pas récupérer assez pour refaire de l'escalade, de la moto, de la danse country: ses passions.	Angoisse pour l'avenir Ennui, ruminations Limitations psychiques par contrainte reportées sur le fonctionnelle (compromis symptomatique)										
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table><tr><td></td><td>Ressources</td><td>Obstacles</td></tr><tr><td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Eloigné géographiquement sauf une sœur qui vient quand il est hospitalisé, sinon jamais</td><td>Peu de visite.</td></tr><tr><td>Financières</td><td></td><td>Seul, il a une forte charge financière et une perte de</td></tr></table>			Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Eloigné géographiquement sauf une sœur qui vient quand il est hospitalisé, sinon jamais	Peu de visite.	Financières		Seul, il a une forte charge financière et une perte de	Replis sur soi Angoisse financière
	Ressources	Obstacles										
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Eloigné géographiquement sauf une sœur qui vient quand il est hospitalisé, sinon jamais	Peu de visite.										
Financières		Seul, il a une forte charge financière et une perte de										

			salaire: de 1500€, il ne perçoit plus que 1200€	
	Environnementales	Ses amis viennent une fois comme ça, mais c'est souvent lui qui appelle. Fait ses courses avec un copain ou se fait livrer	Toujours dans le même sens.	
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: limité, pas de voiture (attend une voiture automatique) Problèmes économiques perte financière Alimentation, régime... changement alimentaire Est-il suivi? Voit la psychologue de NDL tous les vendredis: ressent après une bonne décharge tensionnelle. Il s'est beaucoup libéré de ses problèmes de famille. Logement identique Loisirs Intérêts, hobbies Relations } souvent à regarder la TV AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: craint ne pas pouvoir reprendre une activité professionnelle			Etayage, reconstruction de la fonction contenante
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme? retrouver sa place au travail: il y a 10 ans: licenciement économique, puis un licenciement pour inaptitude (pressing voiture) et son travail actuel en tant que chauffeur poids lourd lui plaît. Que désire t-il pour sa vie présentes et futures: retrouver une vie de couple, refaire de la moto Ses attentes			Retour au même
	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: Ses inquiétudes: les limitations fonctionnelles, ses douleurs Sa compréhension / santé: Son histoire personnelle en fonction de maintenant bénéficie			
	<u>Problématique</u> : / anxiété: je suis très anxieux, c'est normal non !			Victimisation

	/ troubles ressentis:	
	<u>L'agir:</u> Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
	A	12
	D	11
		23

Évaluation

	NDL	
	Nom:Loïck Age: 50 ans Profession: Employé France TELECOM informatique	
Fratric	Composition familiale: 1 frère 51 ans 1 sœur 52 ans Enfance: bonnes relations, toujours: bien occupés de lui	
Famille	Relations familiales Parents 79 ans et 82 ans Pas de difficultés apparentes: pas de souvenirs de l'enfance Parents discrets, travaillent beaucoup à l'extérieur (agriculteur), peu communiquant. Souvenirs surtout frères et sœurs à jouer ensemble	Carence affective parentale Manque communication
Ruptures	Evènements marquants - Accident de voiture en 81: . Il venait d'avoir son permis, en nuit, il s'était endormi . Son ami est décédé et lui a été éjecté de la voiture sans aucune fracture . 48 H à la gendarmerie, permis blanc durant une année . Pas de suivi Psy -	événement traumatique: culpabilité dit : "plus dur maintenant" quelque chose à payer : dette psychologique
Relationnel	Scolarité: Très timide: 2/3 copains. Bagarreur: il aidait les copains à se défendre. casse-cou: il aimait ce qui était dangereux: sauts dans les arbres → branche cassée: fêlure au poignet CM2: résolvait facilement les problèmes math et donnait aux copains: mais pas sur de lui, savait que les résultats étaient bons lorsque les copains les montraient à l'instit. Toujours besoin d'être rassuré. Bon élève: 1 ^{er} ou 2 ^{ème} de la classe en primaire et au collège toujours 18 de moy Lycée: 2de: déclin: moitié de la classe, travaille presque pas et accumule le retard. En terminale: il est viré du lycée, fumait, buvait: jamais passé le bac. Passe ensuite des concours: 2 en même temps: PTT et Anciens combattants. Après 1 an aux anciens combattants à la vérification des mémoires, il est titularisé mais s'ennuie. Il part donc à Paris, aux PTT, et cela durant 5 ans où il est bien, il fait la fête.... Il revient en Bretagne pour s'installer dans une vie plus stable.	Timide, en retrait Conduite à risque : pas conscience danger Pas confiance : besoin être rassuré
	Répercussions pubertaires Crise adolescence à 17 ans qui est marquée essentiellement par le refus d'apprendre Aimait de plus en plus le risque (jusqu'à 30 ans): mobylette: dérapage, virage... jamais rien eu. Augmentation des risques après l'accident: pris plus de risque: 350/400 km/j et ne faisait plus de sport	Revendication conduite à risque
	Relations amoureuse: relation amoureuse à Paris mais son amie n'a pas voulu le suivre à Rennes: son regret ne dure pas trop longtemps. Il s'ensuit quelques amourettes. Il ne s'est jamais marié et n'a jamais vécu en couple.	# besoin présence : dette ?, culpabilité ou sentiment de responsabilité vis-à-vis de l'autre du couple ?
	Sociabilité: beaucoup de copains: et toujours.	Bon relationnel,

	Après 30 ans: change de vie: arrêt boisson (plus envie), se rendait compte néfaste, en tire du bénéfice. Satisfaction d'être "rangé". Sa famille se faisait beaucoup de soucis: hypersensible après l'accident, il pleurait beaucoup avant le xanax. N'elles relations mais surtout conservé (plus de copain d'école) mais garde même copains de fête, s'entendent toujours, buvait encore un peu avec eux	Besoin d'être accompagné Alcoolisme Solidité des amitiés : importance des amis						
Situation familiale:	Célibataire sans enfant							
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: fin oct 06 Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: lésion du cerveau: trauma crânien: chute dans le hall de son immeuble (sol mouillé et mains prises par les courses)							
	Limitations fonctionnelles: trauma crânien Traitement médicale: morphine: 10 comprimés pour les maux de tête, toujours un peu de céphalées, maintenant 6/j:Xépropophène + paracétamol Aldol: 7g le soir (avant 3x/j) Xanax 1 matin, 1 soir							
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt comas plusieurs mois: plus de souvenirs au réveil. Au réveil: son réveil surprend, on le tenait pour condamné, dit "Lolo" sans arrêt. Actuellement Orthophonie tous les jours puis 2 fois par semaine: tout réappris souvenirs perdus, plus de facilité avec les souvenirs récents: "comme quelqu'un de vieux" perte de la vue de près: porte des verres progressifs.	Anéantissement, Sentiment de déchéance, perception vieillissement, fuite du temps : anxiété						
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt Dormait 3 H/j maintenant 5H, ne se sentait pas anxieux Actuellement Anxiété généralisée: manies: vérifications ++, prend le n° des voitures auprès de la sienne, vérifie sans arrêt portes, lumières... Dramatisation: tout prend de l'ampleur peur de ce qui peut lui arriver Que faire dans la vie? idéations suicidaires	Avant : altération du sommeil Anxiété généralisée Névrose de contrainte Dramatisation, obsessions Sentiment de persécution Idéations suicidaires						
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Soutien ++ frère et sœur: appellent tous les soirs pour qu'il lise le programme TV, Parents présents au maximum</td><td>Augmentation de l'hypersensibilité face à leur désarroi.</td></tr> </tbody> </table>			Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Soutien ++ frère et sœur: appellent tous les soirs pour qu'il lise le programme TV, Parents présents au maximum	Augmentation de l'hypersensibilité face à leur désarroi.
	Ressources	Obstacles						
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Soutien ++ frère et sœur: appellent tous les soirs pour qu'il lise le programme TV, Parents présents au maximum	Augmentation de l'hypersensibilité face à leur désarroi.						

[illegible]

CONDITION, VIE QUOTIDIENNE

Loisirs
Intérêts,
hobbies
Relations

Plus de sport qu'avant: tire à l'arc, ping-pong: aime ça, aimerait faire parti d'un club.
 Prenait sa voiture pour un rien: plus maintenant, aime marcher.
 plus envie d'aller boire, ni fumer: plus de bistrot: envie vie plus saine: avant se détruisait

AU NIVEAU DU TRAVAIL

Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s)

Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:
continuité chemin plus raisonnable, reprendre travail et faire plus d'effort (mieux avec amélioration), envie de progresser

Ses attentes
un peu dans l'humanitaire: aider son prochain (conduite VSL, rendre service...)
être moins égoïste, vie plus saine, sport

Sentiment d'injustice, de révolte

Plus de conduite à risque

Travail : source
d'inquiétude, d'angoisse
(d'où bénéfique entretient
des troubles ?)

Changement, vie plus saine

Changement positif

Construction narcissique plus valorisante

	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: avant qq'un olé, olé Ses inquiétudes: pas bien dans sa tête, qq soucis: mémoire, ne connaît plus jeux (mots croisés) mais reprise récupération ++ Sa compréhension / santé: ne se pose pas trop de question Son histoire personnelle en fonction de maintenant bénéficie	bénéfice
	<u>Problématique</u> : / anxiété: pas disparue / troubles ressentis: des choses qui échappent, des "zones" mortes.	Anxieux
	<u>L'agir</u> : NEANT Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Loïc

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A	9
D	8
	17

Évaluation

	NDL	
	Nom: Didier Age: 49 ans Profession: facteur	
Fratie	Composition familiale: 1 sœur (- 2 ans), très proche dans l'enfance, encore aujourd'hui	
Famille	Relations familiales: peu de communication mère: nerveuse, étouffante, hyper protectrice, les discussions terminent souvent par un conflit. (ras le bol qu'ils viennent souvent durant l'hospitalisation. père travaillait beaucoup ou chez les copains: souvenir d'un père absent	Mère hyperprotectrice, fusionnelle Pulsion d'emprise Père absent
Ruptures	Evènements marquants - Accidents de voitures nombreux: tout le temps seul: plaisir de la vitesse, roulait vite - Jamais de trauma, une fois fracture du sternum, 1 voiture neuve, tête dans le pare-brise: plus de voiture - 16 ans facteur à Maure de Bretagne: alcool fait parti des habitudes du métier, les gens offraient à boire - Alcool: plusieurs fois des cures, prise d'alcool pour apaiser, plus confiance avec. → aujourd'hui, plus envie, a dépassé ça.	conduite à risque en voiture, par l'alcoolisation ordalie alcool=médicament : annihiler les difficultés favoriser le changement
Relationnel	Scolarité: Timide: difficulté avec les camarades. sa mère ne voulait qu'il joue au foot, jugeant le sport trop dangereux. N'a pu en faire qu'à partir de l'âge de 16 ans. Passe des concours: travaille 10 mois à Ponchailloux puis réussit le concours de la poste, le métier de facteur l'habitue à discuter, il perd peu à peu sa timidité.	Pas confiance en soi Timide Contrainte maternelle /désir
	Répercussions pubertaires pas de crise ados, jamais révolté, parfois disputes.	Pas crise identitaire : reste dépendant et sous emprise : rétention violence qui sous-tend son comportement ordalique : provocation et décharge agressivité
	Relations amoureuse: sa femme, marié depuis 20 ans, déjà facteur quand il la rencontre. Son beau-père (lui-même alcoolique) tenait un bar: y allait tous les jours et l'a rencontré là-bas. Il jouait au babyfoot ou à la belotte mettant en jeu à chaque fois une tournée.	
	Sociabilité: Pas beaucoup d'amis, avant surtout des copains de bar, aujourd'hui préfère être seul avec les enfants.	Relation de bar
Situation familiale:	marié depuis 20 ans: souvent conflit par rapport à l'alcool 3 enfants: nés en 91, 93, 98 (16, 14 et 9 ans) Il n'a plus le droit à l'erreur, les enfants en ont marre aussi	Addiction alcool Angoisse de perte, de rejet : (conditionne changement) besoin relation fusionnelle (/mère)

Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: début décembre 06 Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: il est tombé, on l'a retrouvé par terre: il a fait une embolie cérébrale vasculaire. 10 jours dans le coma	AVCI													
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale: opéré 3 fois de lésions corticales: (déc, janv, juin) opéré de la trachée (prothèse retirée), respire bien (ancien fumeur)														
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt: se sentait bien, fumeur, un peu sportif L'après midi allait à la pêche et vendait son poisson Actuellement: pas de douleur mais fatigue vite, pas d'effets secondaires après les opérations	Routine Pas préjudice AVC													
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt: nerveux, parfois anxieux Actuellement: moral moyen: prend conscience du temps qu'il a perdu, il est passé à coté de sa vie, l'a gâché, jamais parlé vraiment à ses enfants, leur dire qu'il les aimait..., beaucoup de regret. ses enfants lui manquent, à NDL depuis le 8 janv. (évaluation fin juil)	Nervosité, anxiété Regret, regard différent sur la réalité													
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table><tr><td></td><td>Ressources</td><td>Obstacles</td></tr><tr><td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Amélioration relationnelle avec sa femme nombreuses visites des parents (+ et -)</td><td>Enfants ne peuvent pas venir: trop jeunes, contacts téléphoniques Renforcement protection mère</td></tr><tr><td>Financières</td><td>? sa femme qui s'en occupe pense pas perte de salaire</td><td>sa femme lui donne 10€/semaine, pas grand chose, limité, sa femme qui a la CB</td></tr><tr><td>Environnementales</td><td></td><td>pas d'amis, uniquement des relations</td></tr></table>			Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Amélioration relationnelle avec sa femme nombreuses visites des parents (+ et -)	Enfants ne peuvent pas venir: trop jeunes, contacts téléphoniques Renforcement protection mère	Financières	? sa femme qui s'en occupe pense pas perte de salaire	sa femme lui donne 10€/semaine, pas grand chose, limité, sa femme qui a la CB	Environnementales		pas d'amis, uniquement des relations	Angoisse envahissement mère = pulsion d'emprise Femme maternante Sentiment de vide
	Ressources	Obstacles													
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Amélioration relationnelle avec sa femme nombreuses visites des parents (+ et -)	Enfants ne peuvent pas venir: trop jeunes, contacts téléphoniques Renforcement protection mère													
Financières	? sa femme qui s'en occupe pense pas perte de salaire	sa femme lui donne 10€/semaine, pas grand chose, limité, sa femme qui a la CB													
Environnementales		pas d'amis, uniquement des relations													

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Didier

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A	7
D	6
	13

Évaluation

	NDL	
	NONO Age: 47 ans Profession: VRP	
Fratrie	Composition familiale: 2 sœurs, 2 frères, lui le 4 ^{ème} . Toujours très proches. toutes ses sœurs sont dans la région parisienne, il a 1 frère à Nemours, l'autre aux USA. Ses parents dans l'Yonne.	
Famille	Relations familiales famille croyante, bourgeoisie parisienne mère: prof., mère poule, il a été longtemps le dernier (les 4 1 ^{er} en 4 ans), c'est lui qui a fait le plus de connerie mais est aussi le plus tendre. Dès qu'il a de l'argent, il offre des fleurs à sa mère. très proche de sa mère puis des 2. père: longtemps une cassure, révolté contre lui. Très souvent absent par le travail et quand il rentre besoin de calme. peu de communication, éducation autoritaire, pas trop de place pour la parole des enfants.	Mère hyperprotectrice Fusion maternelle Père absent Agressivité père Opposé/désir Autorité, peu communication
Ruptures	Evènements marquants A perdu son meilleur ami dans un accident quand il avait 15 ans et dont il se sent responsable: trauma, cassure jamais analysée, pas suivi. En 2000, il perd sa meilleure amie d'un accident en mer: choc et répétition: colère, sentiment d'injustice. Femme idéale, travaille avec lui, très proche, discutaient beaucoup. Il est devenu agressif et impatient depuis. Il y a 1 an, il perd un ami du cancer, il y a 2 mois: un autre d'une crise cardiaque. "pourquoi je dois tous les voir mourir?" Les émotions sont très intériorisées (suivi ø à NDL)	Trauma Sentiment de culpabilité : dette psychologique Répétition : syndrome de perte vide grandissant
Relationnel	Scolarité: jamais travaillé beaucoup, élève moyen, bon relationnel. Amis foot. Répercussions pubertaires parti de chez lui à 18 ans: 200F en poche et une valise, en montagne. Père pas compris. Il voulait devenir footballeur professionnel mais son père n'aimait pas le sport et n'a pas voulu. # grand-père qui a fait les jeux olympiques et le comprenait). Père n'a voulu ni foot, ni études: passer à autre chose Relations amoureuse: peu nombreuses Sociabilité: Adaptabilité, bon relationnel, facilité à communiquer	 Contrainte, emprise du père : obstacle au désir, fuite révolte Perte affective/GP
Situation familiale:	marié et divorcé 2 fois: 2 enfants d'un 1 ^{er} mariage: 14 et 13 ans, à Rennes 2 enfants du 2 ^{ème} : 8 et 4 ans, à Nantes bonnes relations avec les enfants. Dernier divorce en 2005 d'un commun accord les aînés: ados, assez bien assimilé la situation (bonne équilibre psy) les petits: pas vu pendant 14 mois (décision judiciaire), sa fille de 8 ans est suivie par un pédopsychiatre. Sa fille de 8 ans revient, grâce à sa famille très présente (emmenée en vacances), qui ont permis de garder le cadre	

Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: juin 07 Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: "détresse respiratoire", un matin au PMU du bourg, presque nu, puis tombe dans le coma: pas de pronostic vital: sort du coma bien.	Coma éthylique supposé										
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale:											
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Rechute accident de voiture en 2001: polytraumatisé avec séquelles physiques aux chevilles " <i>culprodèse</i> " (?) à chaque cheville et prothèse hanche et séquelles psychologique. 18 opérations en 4 ans avec toujours des hospitalisations longues, durant l'une d'elle, il a contacté une maladie nosocomiale. Actuellement NDL, pour rechute	Limitation fonctionnelle : substitution contrainte du désir sur le corps Posture victimale										
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt les quelques jours qui précèdent, ne mange plus, impression d'être comme un "zombi", accumulation de tension. Vécu sur le moment bien: prise en charge par une équipe de soin exceptionnelle. antécédent: problème d'alcool, il a pu en parler. la prise d'alcool augmente après l'accident: mis sur la touche professionnellement à 41 ans, //alcool festif. VRP fini: sentiment d'inutilité. Volubile par le métier: perte de contact social → passe son temps dans les bars. Perte temporelle COTOREP: invalidité depuis 2004 après 3 ans ALD divorce en 2005 : statut d'handicapé non supporté, non accepté Actuellement: / enfants, ne voulait pas laisser transpercer les choses, ne marchait pas: douleur non physique mais morale: se retenait de pleurer. laps de temps sans voir les enfants: envoie courrier (dessin pour illustrer la situation d'une manière plus anecdotique pour dédramatiser sa situation. A du mal à mettre des mots sur certains troubles émotionnels Plus intolérant, plus inquiet. Angoisse le matin et le soir surtout. N'arrive pas à voir son avenir: vide, plus de construction.	Angoisse : oppression Pris en compte, écouté : sentiment d'exister : entouré Terme exprimant un certain sentiment d'injustice, sentiment d'être rejeté, exclu : sorte d'exclusion sociale, comme « obligation » pour vivre et rencontrer les gens Sur le ton de la colère Agressivité										
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table><tr><td></td><td>Ressources</td><td>Obstacles</td></tr><tr><td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Famille loin: à Paris, se téléphonent</td><td>Pas souvent là.</td></tr><tr><td>Financières</td><td>Pas de changement</td><td></td></tr></table>			Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Famille loin: à Paris, se téléphonent	Pas souvent là.	Financières	Pas de changement		Isolement
	Ressources	Obstacles										
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Famille loin: à Paris, se téléphonent	Pas souvent là.										
Financières	Pas de changement											

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Nono

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout	0 1 2 3	
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout	0 1 2 3	
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps	3 2 1 0	
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout	3 2 1 0	
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0	

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		6
D		7
		13

Évaluation

	NDL	
	Nom: Sylvie Age: 45 ans Profession: O.S Citroën	
Fratrie	Composition familiale: F56 ans, F, S, F, S,S, l'avant dernière, 4 ans d'écart entre les 4 derniers. A chaque fois comme un enfant unique. Affinité uniquement avec S+4 et côtoie davantage.	solitude dans fratrie
Famille	Relations familiales / mère: pas démonstrative, pas câline, mère souffrait de dépression, souvent en cure de sommeil. père malade, alcoolique , souvent en cure de désintoxication. Donc les plus jeunes élevés par les aînés Père décédé il y a plus de 20 ans, mère gère mieux ses problèmes de dépression. Pas d'affection parentale: inexistante Fait beaucoup de bêtises enfant avec sa S+4.	mère dépressive, absente carence affective
Ruptures	Evènements marquants - "tellement..." - Fugue à 14 ans: ne supportait plus la vie chez elle, plus sa place: voulait son indépendance. Et comme elle maîtrisait bien l'espagnol, elle décide de partir en Espagne travailler en but de s'assumer. Mais elle est obligée de rentrer, elle se rend à la police car elle n'a plus d'argent. - 1^{ère} crise d'épilepsie du père: choquée, pas de réaction de la part de sa mère, elle est incapable de franchir le seuil de la porte pour aider son père	fuite trauma, angoisse de perte
Relationnel	Scolarité: Aimait l'apprentissage des langues, scolarité classique	
	Répercussions pubertaires fugue	Fuite
	Relations amoureuse: un 1 ^{er} petit amoureux: pas quelqu'un d'équilibré. peu avant 18 ans, part en appartement: s'est assumée et rencontre son mari	
	Sociabilité: Quelqu'un de très ouvert, en fait peu d'amis mais de très bons amis qui savent l'accepter comme elle est, et aujourd'hui acceptent telles qu'ils sont car mari un peu particulier: très borné, très têtu, très peu d'amis. Elle a plus d'amis toute seule, elle ne peut pas partager grand chose avec son conjoint.	Besoin d'être entourée, Valorisation sociale
Situation familiale:	mariée, 2 enfants: 2 fils 1 fils 23 ans: parti de la maison 1 fils 19 ans: même comportement que père Addiction aux jeux: elle conduit le couple dans une situation financière précaire: - pour sortir de la rigidité du couple - a grandi trop vite, trop vite dans la vie active, vie d'épouse, de mère, c'est elle qui soutient toujours les autres. - Le jeu: son monde à elle, dans sa bulle. On me reconnaît, c'est mon monde Son mari l'entraîne toujours dans la culpabilité, son mari l'a laissé plonger: il	Fuite Valorisation narcissique jeu: provocation pour

	devient plus rigide, maintenant rigueur de gestion. Vu son comportement avec ses amis, elle ne veut pas que son mari y touche. son mari s'est longtemps voilé la face, il ne veut pas l'entendre. Même malade, c'est elle qui continue à tout assumer, lui ne dit pas grand chose.	attirer l'attention du mari sur elle						
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: en invalidité depuis 1997 Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: trauma crânien, fatigabilité, problème d'équilibre et mémoire. 1 ^{er} janvier 1996, en discothèque, un spot s'est décroché et est tombé sur sa tête.	Trauma crânien Accident puis somatisation						
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale: 15j en hospitalisation à sa demande: travail quotidien de la gestion de la maison devient lourd et ingérable, aucune aide. aimerais consacrer du temps pour elle et évaluer son mal.	Fuite foyer						
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt depuis fev-mars: enfer surtout la nuit, ne peut dormir que par tranche de 2H, fatigue extrême morale et physique. douleur: lombaires, sciatique, augmente le traitement pour gérer ses douleurs. Douleurs plus tolérables le jour. 3 semaines d'hospitalisation à l'Hôpital Sud en rhumatologie: mise en place d'un traitement antidouleur lourd, anti-inflammatoire puis morphine: Skénan et antiskénan : 180g et plus/jour. puis patch: plus de confort mais soucis intestinaux: occlusion par morphine. Actuellement Opérée de 3 hernies discales et canal lombaire rétréci, un disque retiré: le 31 mai: pensait que cela allait être miraculeux mais les douleurs sont différentes mais existent toujours: peur de la douleur: ne voulait plus avoir mal: envie de crier, irritabilité, agressivité. Crises de nerf, douleur plus supportable. Durant l'hospitalisation: voulait tout arracher, sortir, fuir... Elle est sortie de l'Hôtel Dieu en larmes après 10 jours: a supplié de rester ou envoyée en maison de repos.	Complaisance somatique par bénéfice d'éloignement du foyer, compassion, étayage						
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt évaluer son mal en fonction du regard de l'autre phobie: douleur, plus gérable, un an avec douleur perpétuelle. Ne voyait plus que le négatif: pleurait tout le temps, somnait dans la dépression. Plus envie de voir les gens, voulait être un escargot entré dans sa coquille. Actuellement Elle est suivie psychologiquement depuis 2 ans au CDAS de Chartres de Bretagne. Crainte que la douleur persiste, même si elle est moins forte, elle ne la supporte plus. Elle ne peut pas comprendre qu'elle ait encore mal. Son corps est rouillé, il a du mal à fonctionner, elle en a marre de prendre toujours sur elle et dépasser ses possibilités. Après 6 mois de morphine, le sevrage a été très difficile, elle est partie quelques jours en vacances mais toujours problème avec son mari qui ne veut rien comprendre: il ne pense qu'à lui et à la culpabiliser.	Menace d'effondrement						
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers,</td><td></td><td>pas de soutien de la part de son mari même s'il la comprenait plus après l'opération. Sa famille est peu présente, prend des</td></tr> </tbody> </table>			Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers,		pas de soutien de la part de son mari même s'il la comprenait plus après l'opération. Sa famille est peu présente, prend des
	Ressources	Obstacles						
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers,		pas de soutien de la part de son mari même s'il la comprenait plus après l'opération. Sa famille est peu présente, prend des						

	<table><tr><td>attitude générale)</td><td></td><td>nouvelles par téléphone mais sent la fatigue et le désintérêt s'installer. elle a du reprendre rapidement les tâches ménagères.</td><td rowspan="3">Anéantissement, emprise de la part du conjoint Dettes</td></tr><tr><td>Financières</td><td></td><td>Avec ses dettes de jeu, elle se sent prisonnière de son mari, elle ne peut rien faire et lui en profite pour lui en faire le reproche très fréquemment.</td></tr><tr><td>Environnementales</td><td></td><td>Aimerait voir plus souvent ses amis, mais elle ne les fréquente pas chez elle à cause de son mari. Sont peu venu lui rendre visite.</td></tr></table>	attitude générale)		nouvelles par téléphone mais sent la fatigue et le désintérêt s'installer. elle a du reprendre rapidement les tâches ménagères.	Anéantissement, emprise de la part du conjoint Dettes	Financières		Avec ses dettes de jeu, elle se sent prisonnière de son mari, elle ne peut rien faire et lui en profite pour lui en faire le reproche très fréquemment.	Environnementales		Aimerait voir plus souvent ses amis, mais elle ne les fréquente pas chez elle à cause de son mari. Sont peu venu lui rendre visite.	Contraintes
attitude générale)		nouvelles par téléphone mais sent la fatigue et le désintérêt s'installer. elle a du reprendre rapidement les tâches ménagères.	Anéantissement, emprise de la part du conjoint Dettes									
Financières		Avec ses dettes de jeu, elle se sent prisonnière de son mari, elle ne peut rien faire et lui en profite pour lui en faire le reproche très fréquemment.										
Environnementales		Aimerait voir plus souvent ses amis, mais elle ne les fréquente pas chez elle à cause de son mari. Sont peu venu lui rendre visite.										
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques: pas conséquent situation actuelle Alimentation, régime... fait un régime pour perdre du poids Est-il suivi? oui Logement = idem <table><tr><td>Loisirs Intérêts, hobbies Relations</td><td rowspan="2">} restriction par conjoint (ne lui fait pas confiance, la surveille)</td></tr><tr><td></td></tr></table> AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: INVALIDITE elle s'est battue pour conserver son travail et conserver une certaine liberté. Elle avait un poste à responsabilité qui lui plaisait bien. Quand elle a arrêté: elle gérait mieux malgré tout ses douleurs.		Loisirs Intérêts, hobbies Relations	} restriction par conjoint (ne lui fait pas confiance, la surveille)		Se sent prisonnière Sentiment d'échec : a joué et a perdu (comme tentative partir, trouver sa liberté lors de sa fugue : contrainte retour par manque de moyen financiers) répétition						
Loisirs Intérêts, hobbies Relations	} restriction par conjoint (ne lui fait pas confiance, la surveille)											
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme? Ne plus souffrir, aspire à la tranquillité, à la sérénité Arriver au bout du plan de surendettement et tout envoyer balader: son mari, elle ne peut pas le faire, elle est tenu par ses dettes d'autant que son mari entretient la culpabilité. Quand elle sera libérée financièrement, elle pensera à elle, elle ne veut plus supporter pour les autres, ne se voit pas vivre avec son mari en retraite. Quand elle s'allonge et se repose un peu, son mari l'interpelle: "t'as rien d'autre à foutre!" Que désire t-il pour sa vie présentes et futures: Ses attentes		Honte, frustration, abandon par échec # sublimation. activisme									

	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: l'ombre d'elle-même Ses inquiétudes: ne pas pouvoir quitter sa situation actuelle Sa compréhension / santé: peur qu'on ne puisse rien faire pour elle Son histoire personnelle en fonction de maintenant : au moins, on me comprend, on m'écoute et je suis loin de chez moi: ils voient bien que c'est vrai que je souffre, les médecins le disent bien aussi à mon mari et à mon fils à la maison qu'ils devraient faire plus.	Angoisse pour l'avenir Contrainte « annihilante »
	<u>Problématique</u> : / anxiété: impatience au changement / troubles ressentis: douleurs permanentes	
	<u>L'agir</u>: Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Sylvie

Date:

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A	16
D	13
	29

Évaluation

	NDL	
	Nom: Coco Age: 66 ans Profession: commerçante déco Belle Ile en Mer	
Fratrie	Composition familiale: 1 sœur: ne s'entendaient pas S décédée d'un cancer il y a 5 ans	
Famille	Relations familiales mère : autoritaire, qui a "copié" ses 2 sœurs: véritable copier-coller: vie, meuble, comportement : horreur des fréquentations père: décédé quand elle avait 14 ans d'un cancer, pas véritablement connu: il était indifférent à sa mère, absent, non pas physiquement mais psychiquement, sans intérêt. S'est éloignée de la famille « bien lotie », « bourgeoise » qui l'a considérée comme « vicieuse »	Monde figé : rigidité Père absent, décédé qd 14 ans : neutralité Sentiment de rejet familial
Ruptures	Evènements marquants - Pas d'idées du moment où commencer: pas de quotidien stressant, tout vient d'une manière désordonnée - Fond d'anxiété: crise d'angoisse quand adulte: ces 20 dernières années, surtout depuis qu'elle essaie de vivre seule.	Diffus
Relationnel	Scolarité: très bonnes études.	
	Répercussions pubertaires très revendicatrice, s'oppose aux idées, aux idéaux familiaux	Opposition Caractère dominant
	parcours de vie: Elle débute des études en médecine, où elle connaîtra son 1 ^{er} mari, puis abandonne pour des études de lettres plus facile quand elle attend son aîné, son conjoint étant jeune médecin. elle est prof de lycée gal en classe de 5 ^{ème} et 4 ^{ème} puis mai 68: raz le bol: travail, mari et enfant: <u>un vécu d'angoisse non mesurable</u> la pousse à tout quitter. Comme si elle ratait quelque chose d'important, que quelque chose d'imminent allait arriver et qu'il ne fallait pas qu'elle passe à coté. elle réapprend un nouveau métier: elle devient attachée de presse, pendant 25 ans, est reconnue par le milieu de la TV et de la radio. Avec son second mari jusqu'à 50-55 ans où ils reprennent leur autonomie: toujours poussée par un sentiment d'angoisse démesurée. Elle quitte tout pour aller vivre à Belle Ile en Mer où elle ouvre un commerce de déco.	Inhibition / position dominante Angoisse, sentiment d'impatience et de « prémonition », « commandement » Valorisation narcissique Angoisse qui pousse au changement
	Relations amoureuse: ses 3 maris aucun de ses 3 maris n'ont refait leur vie, ils entretiennent toujours de bonnes relations. Passe parfois des vacances tous ensemble.	
	Sociabilité: Aime être entourée mais fuit la vie "désordonnée" parisienne: elle ne sait plus si les gens sont avec elle par intérêt ou par affection: elle reconnaîtra par la suite les vrais amis.	
Situation familiale:	mariée 3 fois et 3 fois divorcée: 2 garçons, un du 1 ^{er} mariage et qui a 43 ans, et 1 du 2 ^{ème} qui a 24 ans. L'aîné a été élevé par le père, médecin à St Malo: mieux qu'à Paris: liens difficiles	

	entre les 2 (mère-fils) et entre les 2 frères. Aujourd'hui magistrat reconnu à Paris: la juge "folle dingue" avec le plus jeune: hyperprotection marquée, celui-ci, plus comme un petit enfant: fusionnel, ambiguë, démesuré. Aujourd'hui, elle fait tout pour lui, elle vit dans une angoisse folle pour lui: tout est un risque.	Répétition vécu familial Possessive, fusionnelle avec jeune fils : emprise et pulsion d'attachement sur lui						
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: depuis 2 mois Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: AVC							
	Limitations fonctionnelles: hémiplégie Traitement médicale: rééducation : orthophoniste et kiné Depuis 1 an ½ se prépare: SCI, notaire..., depuis 4 mois pressentait un AVC. Forte intuition : elle leur avait dit : « prémonition » hospitalisée pour examen pendant 15 jours, rien d'anormal n'est décelé, son AVC se passe durant son retour à domicile. aux urgences: présence de ses 3 maris: le 2 nd vient tout exprès de New York, et de ses fils → très réconfortant pour elle.	Angoisse : intuition prémonitoire que « quelque chose va arriver »						
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Actuellement se sent faible, douleur aux yeux, articulation et élocution encore difficile. ne supporte pas de ne pas pouvoir marcher, elle ne peut accepter que des séquelles partielles.	Fièvre, perfectionniste, se plaint de ne pas bien articuler, doit choisir ses mots plus faciles à prononcer. Elle précise qu'elle choisit des termes qu'elle plus facile à prononcer (inaperçu pour moi)						
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt angoisse pour son jeune fils: que va t-il devenir? Il n'a aucune famille. N'entretient pas de bonnes relations avec son père: le voit peu, jugé par lui pas un fils "comme il faut", il consomme de la drogue, a tout raté ... Son fils en est très malheureux. Et elle, elle se sent responsable et culpabilise. Actuellement Battante mais une chute peut tout redéstabiliser, si une nouvelle rechute arrivait: elle ne se battrait plus. dépendance non prévue: ne peut plus vivre à Belle Ile et devra tout vendre.	Sentiment de culpabilité / fils A nouveau : doit recommencer à zéro : renouveau Besoin de « cette » angoisse maximum pour recommencer de continuer à vivre avec intérêt : besoin de sensations fortes						
	RESSOURCES ET OBSTACLES							
	<table><tr><td></td><td>Ressources</td><td>Obstacles</td></tr><tr><td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>maris et enfants</td><td>elle ne veut pas les voir à l'hôpital mais leur téléphone. Surtout son jeune fils: lui a interdit de venir la voir: peur de craquer, elle ne supporterait pas qu'il la voit dans son état.</td></tr></table>			Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	maris et enfants	elle ne veut pas les voir à l'hôpital mais leur téléphone. Surtout son jeune fils: lui a interdit de venir la voir: peur de craquer, elle ne supporterait pas qu'il la voit dans son état.
	Ressources	Obstacles						
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	maris et enfants	elle ne veut pas les voir à l'hôpital mais leur téléphone. Surtout son jeune fils: lui a interdit de venir la voir: peur de craquer, elle ne supporterait pas qu'il la voit dans son état.						
		Fierté						

	<table> <tr> <td>Financières</td><td>pas sa préoccupation majeure</td><td></td></tr> <tr> <td>Environnementales</td><td>A reçu des lettres formidables, notamment de son assistante de Paris dont elle ne pensait pas avoir autant de considération.</td><td>Ne peut pas leur répondre (n'a pas retrouvé l'usage de sa main droite), ni parler suffisamment bien. l'échange "affectif lui renverrait une émotion trop forte (panique)</td></tr> </table>	Financières	pas sa préoccupation majeure		Environnementales	A reçu des lettres formidables, notamment de son assistante de Paris dont elle ne pensait pas avoir autant de considération.	Ne peut pas leur répondre (n'a pas retrouvé l'usage de sa main droite), ni parler suffisamment bien. l'échange "affectif lui renverrait une émotion trop forte (panique)	Contrôle et hypervigilance
Financières	pas sa préoccupation majeure							
Environnementales	A reçu des lettres formidables, notamment de son assistante de Paris dont elle ne pensait pas avoir autant de considération.	Ne peut pas leur répondre (n'a pas retrouvé l'usage de sa main droite), ni parler suffisamment bien. l'échange "affectif lui renverrait une émotion trop forte (panique)						
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: hospitalisation Problèmes économiques non Alimentation, régime... non Est-il suivi? Non Logement = changement Loisirs Intérêts, hobbies Relations } elle va devoir encore une fois changer de vie AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: Prend sa retraite a l'impression que le monde s'est écroulé: en attente d'une simili guérison. La vie va être différente: arrêter de travailler, mais également arrêter de se compliquer l'existence.	Renouveau, activisme Rupture						
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme? elle fait le projet de partir vivre à Paris (30 ans là bas, pourrait renouer des relations) dans un apt de luxe avec vue sur des arbres (indispensable), ne supporte plus vie mondaine, ni la solitude. Que désire t-il pour sa vie présentes et futures: Elle est changée son comportement: avant hyperactive: cinéma = perte de temps. retrouver les plaisirs tels que: aller au bout d'une recette, d'un tableau (ce qu'elle fait grace à son imagination: elle rempli "son vide". Ses attentes	Hyperactive Sublimation Angoisse de vide et de perte						
	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: détourne les catastrophes, évitement, fuite. Ses inquiétudes: récupération insuffisante Angoisse du vide angoisse de ne pas maîtriser: la mort, la maladie: chose qu'on ne peut pas maîtriser, décider. # Elle a pris l'habitude de tout décider (donc invivable: tous ses maris sont	Evitement, fuite Angoisse de vide, de mort						

	restés célibataires) que des hommes et ses garçons célibataires autour d'elle. Sa compréhension / santé: elle entretient l'idée qu'elle est pleine de vie, possède des richesses inouïes (positives comme négatives) Son histoire personnelle en fonction de maintenant: elle doit faire une croix sur sa maison de Belle Ile qu'elle possède depuis 45 ans: sa raison de vivre. arrêter de se compliquer l'existence, mener une vie plus riche, être différente. Mais toujours des moments dramatisation sur différentes choses.	
	<u>Problématique</u> : / anxiété: / troubles ressentis:	
	<u>L'agir</u>: Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Coco

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A	11
D	13
	24

Évaluation

	NDL	
	Gurvan (choisi le prénom de son fils) Age: 52 ans Profession Agent de service à l'éducation nationale	
Fratrie	Composition familiale: 6 enfants, tous 2 ans d'intervalle, lui le dernier. Tous ont fait des études sauf lui: l'ainé est avocat, un autre dessinateur industriel, un autre Maître dans la marine. Ses sœurs: les 2 aînées sont en retraite et étaient commerciales. Ils ont tous réussi socialement. Après le décès du père, tous aide sa mère. sa 1 ^{ère} paye, il lui la donne.	Décès père tôt Famille unie autour de la mère Vécu d'infériorité /famille
Famille	Relations familiales / mère: sa mère les a élevé seule. Toujours très présente, très affectueuse. Même si dure avec eux: autoritaire, ne faisait pas ce qu'il voulait, il n'y avait pas à discuter, même lorsqu'il était plus grand. Tous égaux, pas de différence entre eux. / père: décédé quand il avait 7 ans, il a fait une hémorragie cérébrale (comme lui) en allant à l'imprimerie.	Affection/autorité, rigidité Instabilité Insécurité Trauma deuil Répétition de schéma
Ruptures	Evènements marquants - Décès du père: transformation dans la vie de famille	
Relationnel	Scolarité: échec / frères: CAP, aurait aimé faire mieux	
	Répercussions pubertaires jamais rebelle. Quand sa mère disait non, il n'essayait pas	Emprise Soumission Agressivité continue
	Relations amoureuse: rencontre sa femme quand passe son CAP en 73. Sa femme travaillait dans l'imprimerie en façonnage, puis son père la fait rentrer à la Banque de Bretagne. Ils se marient en 76	
	Sociabilité: Autour des activités sportives et travail	
Situation familiale:	marié depuis 31 ans, a 3 enfants: 1 fille de 29 ans, 2 garçons de 24 et 21 ans. Le dernier a quitté la maison dernièrement pour ses études à Fougères: ça lui fait du bien pour lui. Il est timide et réservé. femme travaille à la Banque de Bretagne: il est fier de ça. lui: pendant des années a travaillé dans une imprimerie: imprimeur: (mieux qu'aujourd'hui) puis au chômage en 81, se demandait ce qu'il allait faire: son ex-patron lui a trouvé cette place dans l'éducation nationale: "on s'y fait". A toujours bien vécu: toujours un cadre sécurisant, une maison depuis 20 ans. la déception de sa vie: son métier → un échec	Cadre sécurisant Fierté = sa famille Perte Résignation Dévalorisation Sentiment d'échec professionnel

Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: 24 juil (passation fin aout) Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: 2 jours avant son départ en vacances. Se couche comme d'habitude à 23 H et à 5 H, il n'arrive plus à bouger ni à parler, il réveille sa femme qui appelle les pompiers.	Effondrement corporel						
	Limitations fonctionnelles: AVC, se présente en fauteuil roulant Traitement médicale: NDL depuis le 24 aout							
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Aucuns symptômes avant. Crise: pas de coma, paralysie coté droit, une semaine sans pouvoir parler, puis revenu. Ne pas parler, c'est à devenir fou! Il vient de commencer le travail avec l'orthophoniste, l'élocution est meilleure. Actuellement ne peut toujours pas marcher, commence à rentrer chez lui le WE: un lit médicalisé a été mis	Angoisse corporelle Au bord des larmes						
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Avant arrêt: Souffre de diabète depuis 2 ans: ce qui a généré un changement radical de vie: avant il faisait du sport 2 à 3 fois par semaine. Il ne peut plus faire de tennis depuis 2 ans, il était classé 32. il jouait avec des copains (dont un est médecin à NDL (très valorisant pour lui)). depuis, voyait ses copains: relations pas pareil. Fait un peu de jardin (occupationnel). Environnement amical se réduit aujourd'hui surtout autour d'un copain du collège qui travaille avec lui. Il fait un peu de tennis (pas longtemps avec ses enfants, surtout avec le dernier. Au moment de l'arrêt aucunes pressions, en vacances. Il habite à 500m du collège où il travaille depuis 18 ans: le rêve! (?). "aucun problème sexuel ni rien du tout". Angoisse: sentait que sa jambe droit ne bougeait pas du tout durant 3 semaines à un mois Actuellement angoisse de savoir s'il va remarcher un jour. L'équipe lui a bien expliqué ce qu'il se passait, ce qui l'a rassuré un peu. Maintenant, se sent beaucoup mieux... "ici, il y a beaucoup plus malheureux que moi". Mais je ne les rencontre pas, je préfère rester dans ma chambre, ma femme mange avec moi, j'ai du mal à retenir mes larmes quand elle part.	Anéantissement fierté Assurance phallique Angoisse corporelle Dépendance affective						
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale) </td><td> femme toujours présente. les enfants ont bien pris ça, ils sont venus tous les 3. F&S viennent le voir, </td><td> peur de la solitude: content de voir sa femme à 17H. cogitation si sa femme ne vient pas. elle part après le repas </td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	femme toujours présente. les enfants ont bien pris ça, ils sont venus tous les 3. F&S viennent le voir,	peur de la solitude: content de voir sa femme à 17H. cogitation si sa femme ne vient pas. elle part après le repas	Angoisse vide Peur de la solitude dépendance affective
	Ressources	Obstacles						
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	femme toujours présente. les enfants ont bien pris ça, ils sont venus tous les 3. F&S viennent le voir,	peur de la solitude: content de voir sa femme à 17H. cogitation si sa femme ne vient pas. elle part après le repas						

	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: je ne sais pas Ses inquiétudes: fatalité, n'a plus qu'à se soigner Sa compréhension / santé: Son histoire personnelle en fonction de maintenant : envie de profiter du temps que j'ai : bénéfice	Fatalité Bénéfice : envie d'en profiter
	<u>Problématique</u> : / anxiété: / troubles ressentis: pas déprimé, simplement anxieux: quand pouvoir vraiment remarcher, un jour: quel jour?	Attente anxieuse Anxiété
	<u>L'agir</u> : Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: GURVAN

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart du temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		6
D		12
		18

Évaluation

	NDL	
	JOJO Age: 55 ans Profession : sans	
Fratric	Composition familiale: 2 frères 3 sœurs le 4 ^{ème}	Cérébraux-lésé lié à une agression : perte mémoire enfance Pas suffisamment cohérent Difficultés de cerner ce qui résulte de l'intervention ou du choc traumatique
Famille	Relations familiales	
Ruptures	Evènements marquants -	
Relationnel	Scolarité:	
	Répercussions pubertaires	
	Relations amoureuse:	
	Sociabilité:	
Situation familiale:	Célibataire	
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: 6 juillet (agression) Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: irruption et agression chez lui, où il était en train de souper. Après un match (habite dans un logement près du stade. N'a aucun souvenir de l'agression, perte d'une partie de sa mémoire (son enfance), opération: enlevé une partie du crane : cérébraux-lésé du coté droit. 3 semaines à Pontchaillou puis NDL	Agression
	Limitations fonctionnelles: douleurs migraineuses permanentes avec des pics importants Traitement médicale: 2 fois opéré, les médecins attendent un peu plus de récupération pour rééquilibrer les masses du cerveau	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt: resté toute la nuit par terre : hémorragie interne trouble mnésique important douleur bras: conséquence du traumatisme et paralysie jambe Actuellement bons progrès: Avec le travail orthophoniste: langage bien revenu et mémoire progressivement l'état de la paralysie de la jambe s'est très largement amélioré. Pas encore suffisamment d'équilibre pour marcher (fauteuil roulant) migraine et maux de tête persistant	Migraines Perte MLT Douleur bras Séquelles mais ne se plaint pas # résignation, comme indifférence /corps

	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt Chez lui: pas d'aide Petite vie très routinière: café, sortie du chien (1 km), faire la plonge dans un resto de 9H30 à 14 H. habite un petit pavillon "sociale" de 2 pièces très ancien: connaît les voisins. Actuellement pas d'angoisse: de l'aide Garde le moral grâce à l'équipe médicale, par contre n'arrive toujours pas à dormir. Se sent très anxieux. Impression d'être revenu de loin, souvenirs effacés. Cauchemars fréquents, toujours peur quand la porte s'ouvre	Routine, monotonie Passivité Ambivalent dans discours Trauma												
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale) </td><td> sa famille: voit sa mère, de temps en temps ses frères et très souvent ses sœurs </td><td></td></tr> <tr> <td> Financières </td><td> Vivait déjà avec le minimum ne sait pas évaluer (RMI) </td><td></td></tr> <tr> <td> Environnementales </td><td> Amis du bâtiment (quartier), ne s'ennuyait jamais </td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	sa famille: voit sa mère, de temps en temps ses frères et très souvent ses sœurs		Financières	Vivait déjà avec le minimum ne sait pas évaluer (RMI)		Environnementales	Amis du bâtiment (quartier), ne s'ennuyait jamais		Difficile discerner si contacts actuels
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	sa famille: voit sa mère, de temps en temps ses frères et très souvent ses sœurs													
Financières	Vivait déjà avec le minimum ne sait pas évaluer (RMI)													
Environnementales	Amis du bâtiment (quartier), ne s'ennuyait jamais													
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: fauteuil roulant Problèmes économiques: idem avant Alimentation, régime... régime Est-il suivi? non Logement = dépendant, il va quitter son logement pour habiter dans la commune de sa mère et ses sœurs. Pense qu'il aurait trop peur de réintégrer son logement. Connaît ses agresseurs (1 couple avec un enfant Loisirs Intérêts, hobbies Relations } allait avec sa mère à la campagne tous les mercredis jusqu'au dimanche pour s'occuper des biquettes.	Contact Protection familiale / événement traumatique Discours contradictoire avec routines journalières évoquées												

	AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: n'a jamais fait que des petits boulots comme ça.	
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme? Pas de désir, vit au jour le jour Que désire t-il pour sa vie présentes et futures: Ses attentes	Pas de désir
	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: « ch'ai pas » Ses inquiétudes: le déménagement: ça va recommencer: sœur cherche autour de chez elle et sa mère: mieux car les déplacements sont difficiles (pas de permis) Sa compréhension / santé: est confiant pour l'avenir, pense que tout va revenir comme avant. Son histoire personnelle en fonction de maintenant:	Mieux, bénéfiques
	<u>Problématique</u> : / anxiété: / troubles ressentis:	
	<u>L'agir</u> : néant	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Jojo

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart du temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		9
D		9
		18

Evaluation CHGR

Évaluation

	CHGR	
	Geneviève Age: 64 Profession : enseignante	
Fratie	Composition familiale: L'ainée de 4 enfants 2 S (-5ans, -8ans) 1F (-15ans) Parents à la ferme : très jeune, aide à la ferme Peu de relation quand jeune : elle entre en pension à 12 ans et ne rentre qu'aux vacances et quelques WE	Pension 12 ans
Famille	Relations familiales /mère : présente, pas câline. Rapprochement quand père décédé. /père : plus absent, colérique : peur qu'il se fâche Pas trop de communication Position d'ainé : rôle de responsable	Mère présente, pas câline Père absent, colérique Pas communication
Ruptures	Evènements marquants A 15 ans quand son père meurt brutalement du tétanos (1959): en 3 semaines. Elle s'inquiétait surtout pour ses F&S (pt F à 8 mois), après, elle a accepté mais « se disait, pourvu qu'elle en se remarie pas, je ne veux personne d'autre à la maison » Sa mère décède à 53 ans (1976) d'une tumeur au cerveau, inopérable, décède 5 mois après diagnostic. Elle ne se plaignait pas, l'a vu 3 jours avant ce malaise, rien remarqué : simplement irritable. Au moment du décès : soulagement. Au début, elle pensait qu'elle pourrait guérir, puis a pris conscience de la fin, sa mère ne la reconnaissait plus. Ce qui l'a traumatisé le plus « c'est que je n'avais plus personne, le vide, plus de parents ». 1963 : premier poste : souvent malade : angine, bronchites... 1973 : mixité à l'école : avant elle n'avait que des élèves garçons : peur des filles 1 ^{ère} crise d'angoisse été 1975 : angine, puis rechute : arrêt 3 semaines, puis bilan à Ponchaillou. Cumulations évènements : déménagement, fils 2ans, en même temps, beau-père décède dans un accident de voiture. Elle avait tout le temps chaud, transpirait, n'arrivait plus à manger, perte de poids (8kg). En 1980-81, en fév, se sentait bizarre : impression allait tomber. On lui a dit que « c'était les nerfs ». Cousin décédé entre temps d'une crise de spasmophilie. Elle a eu des piqûres de calci, maux de tête	Mort du père brutale Possessivité Emprise Angoisse de perte Angoisse de perte Vide TP et début "maladive" Début hypocondrie TP Raconte comme si c'était hier, beaucoup d'émotion Juxtaposition, lien entre crise et décès du cousin.
Relationnel	Scolarité: Pensionnaire, pas de problème, copines 12 ans pensionnaire, ne revenait pas souvent, par la suite, rentrait plus souvent : tous les 15jours Bac blanc : la panique lui crée un vide, un blanc, plus rien	TP

	Répercussions pubertaires « A l'époque, on était très raisonnable, et puis avec la mort de mon père, je me sentais responsable de mes F&S »	Pas crise
	Relations amoureuse: Un copain quand 19 ans Rencontre mari quand 23 ans (1967), mariée en 1970	
	Sociabilité: Toujours eu des camarades, pas problème, a des amis, collègues	
Situation familiale:	Mariée, Un fils, 34 ans, marié (Besançon) 2 petits enfants Une fille, 30 ans, mariée (Rennes), 2 petits enfants dont elle s'occupe fréquemment. « j'ai tout le temps peur pour eux : mon fils devait aller en Tanzani, j'étais très anxieuse, j'avais peur que mes petits-enfants soient malades, à cause des microbes, et peur à cause de l'état des routes... »	Anxiété généralisée Dramatisation
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: oct-nov 2007 (6 semaines) Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: crise d'angoisse et douleurs. Epuisement	
	Limitations fonctionnelles: douleurs intenses, anxiété intense, idéations suicidaires. Traitement médicale:	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Pb dos, hanches ... cervicales : douleurs intenses du dos à revenir vers le ventre, « se sentait oppressée, serré », depuis fin juin et ne l'a plus quittée. Calcification, mais douleurs non diagnostiquées. « c'était de pire en pire depuis juin, j'avais des vertiges, des brûlures au niveau des lèvres, de la poitrine... », « on m'a fait des prélèvements gastriques, j'ai eu des antibiotiques pour un traitement de bactéries », « puis un jour, je n'ai plus eu envie de rien faire, plus faim, mangeais plus, dormais plus » Actuellement « les douleurs du dos revenues un jour, par un geste trop brusques, j'ai pris un peu plus de Rivotril mais l'anxiété est revenu de manière intense : les douleurs sont insupportables », « j'ai besoin de voir du monde »	Dépression Désintringement, angoisse de Morcellement (effondrement corporel) Victimisation (les gestes pour montrer sont étendus et assez souple, ainsi que la marche, non caractéristique de l'état décrit)
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt « mon mari ne supportait plus, il est diabétique, ne dormait plus, il ne voulait plus rien savoir ». « On m'a mis sous antidépresseurs, j'avais des idées noires, mal partout ... il ne pouvait pas savoir quelles douleurs j'endurais », « je n'avais qu'une envie : ne plus rien sentir, si je n'étais plus là, ce serait bien ». « J'insiste alors pour être hospitalisée, où je suis arrivée... » « Mais lorsque je suis arrivée dans ma chambre où on a fermé mon placard à clé, retiré mon portable ..., je me suis sentie très mal et j'ai eu peur mais je ne pouvais plus rien faire : que restée » « j'insistais pour voir un médecin », « pendant 3 semaines je ne sortais pas, pas envie de rien », « puis j'ai pu sortir un peu dans le parc, ..., puis je suis rentrés 2, 3 fois le WE	Etagage Fonction contenante

	Actuellement « Je recommence à m'occuper de mes petits enfants, je viens à Rennes, 2/3 fois par semaine, je sors et j'ai des activités à l'hôpital »													
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale) </td><td>Mon mari et mes enfants (et beaux-enfants) qui sont très proches</td><td></td></tr> <tr> <td>Financières</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Environnementales</td><td>J'ai toujours conservé un bon environnement amical : ils ont été présents</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Mon mari et mes enfants (et beaux-enfants) qui sont très proches		Financières			Environnementales	J'ai toujours conservé un bon environnement amical : ils ont été présents		
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Mon mari et mes enfants (et beaux-enfants) qui sont très proches													
Financières														
Environnementales	J'ai toujours conservé un bon environnement amical : ils ont été présents													
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques : non Alimentation, régime... non Est-il suivi? Psychiatre, une fois par semaine Logement = <table border="0"> <tr> <td> Loisirs Intérêts, hobbies Relations </td> <td> } Je reprends peu à peu mes activités mais je fais attention à mon dos. } Par contre, on joue beaucoup aux cartes avec des amis mais je n'arrive pas à me souvenir des atouts : j'ai peur de perdre la mémoire </td> </tr> </table> AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: MAINTENANT : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: En retraite	Loisirs Intérêts, hobbies Relations	} Je reprends peu à peu mes activités mais je fais attention à mon dos. } Par contre, on joue beaucoup aux cartes avec des amis mais je n'arrive pas à me souvenir des atouts : j'ai peur de perdre la mémoire	Hypocondrie										
Loisirs Intérêts, hobbies Relations	} Je reprends peu à peu mes activités mais je fais attention à mon dos. } Par contre, on joue beaucoup aux cartes avec des amis mais je n'arrive pas à me souvenir des atouts : j'ai peur de perdre la mémoire													

	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> « on est en train de faire construire une maison neuves, mais c'est beaucoup trop de tracas pour moi », « une maison, juste à coté, de plein pied », « c'est un projet de l'année dernière, au printemps dernier », « ce qui m'inquiète déjà, c'est le déménagement ». <u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> « j'angoisse du déménagement, je ne peux rien faire : j'ai une calcification à une épaule, et j'ai mal au dos » <u>Ses attentes</u> « je suis toujours dans l'avenir, je me tracasse toujours, je pense au pire »	TP Anticipation anxieuse
	AU NIVEAU PERSONNEL Perception de lui-même: « je prends de l'âge, ce n'est plus comme avant » <u>Ses inquiétudes:</u> Fragilité corporelles « que ça se passe bien, tout me tracasse, toutes les nouvelles choses : la réadaptation à une nouvelle cuisine, les rideaux à faire ... » Sa compréhension / santé: « je suis trop anxieuse » Son histoire personnelle en fonction de maintenant	
	<u>Problématique :</u> / anxiété: TP / troubles ressentis: Angoisse, douleurs chroniques	
	<u>L'agir:</u> Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		16
D		11
		27

Évaluation

	CHGR	
	Nom: Jérôme Age: 30 ans Profession : agroalimentaire	
Fratrie	Composition familiale: 1S : 28 ans, bonnes relations, s'entendent bien, éloignés géographiquement aujourd'hui.	
Famille	Relations familiales /mère : anxieuse, démonstration sans plus, a toujours peur pour lui, elle parle beaucoup, essaie toujours de me faire parler, en savoir plus. /père : autoritaire, présent, mécanicien, bricole avec lui Enfance : « rien de mal, rien de bien : normale quoi ! » Il a quitté la 1 ^{ère} fois la maison familiale en 2001-2002, pour un travail éloigné, puis il est revenu. Puis il quitte vraiment le foyer familial à 27 ans, cette fois, pour lui : il aime être seul et tranquille.	Mère hyperprotectrice Mère présente, anxieuse Autorité père, père présent Solitaire mais cherche fonction contenante Angoisse séparation
Ruptures	Evènements marquants -	
Relationnel	Scolarité: Se lie facilement d'amitié, il a gardé quelques relations du scolaire, de bons amis sur qui compter.	
	Répercussions pubertaires Calme. Il est sorti à partir de 18 ans, quand ses parents lui ont permis, pas ressenti l'intérêt avant, pas fêtard, préfère les repas entre amis.	Passif, reste dans une « neutralité émotionnelle » Même intonation pour tout
	Relations amoureuse: Peu mais profond. Séparations consenties les 2 fois : garde de bonnes relations, pas conflictuel. Aimait être en couple.	Du mal à exprimer ses émotions alexithymie
	Sociabilité: Bons amis : privilégie la bonne qualité au nombre	
Situation familiale:	célibataire	
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: entré, il y a 3 semaines, pour la 1 ^{ère} fois Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: trop fatigué, n'a pas su gérer une décision de séparation de son amie, « mais, elle a compris, avec l'hôpital... »	Neurasthénie
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale: xanax et prozac depuis des années En hospitalisation	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Epuisement, cumulé plusieurs contrats intérimaire sans arrêter pendant plusieurs mois (1an ½ sans arrêter). Ne dort plus depuis longtemps que 4H par nuit. Actuellement « je me sens mieux mais pas encore prêt à rentrer chez moi »	Recherche fonction contenante

	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt N'a pas supporté la décision de son amie de « faire un break ». A pris la décision surtout pour réfléchir, il est venu de lui-même, pas sous l'impulsion, c'était réfléchi. Pour prendre du recul sur sa vie, ce qu'il a fait : le bilan. « j'ai toujours été à cogiter trop », « je ramasse tout et relâche rien, sauf en explosant » Actuellement « je ne me sens pas apaisé mais c'est une délivrance, mais j'attends »	Passivité, réticences, non verbalisation (quoi ?) entretient les non-dits comme pour susciter l'intérêt, ne répond pas à me sollicitations												
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Son amie (dont il montre la photo (encadrée) qu'il a emmené avec lui), une visite sinon SMS (pas de voiture. Sa famille Mère venue et sœur téléphoné. Ce WE, la sortie est possible : ses parents vont venir le chercher et vont le ramener dim soir</td><td>Au début, elle a été très surprise de sa décision, elle lui en a voulu, du jour au lendemain d'avoir fait ça.</td></tr> <tr> <td>Financières</td><td></td><td>« je ne sais pas comment ça va marcher »</td></tr> <tr> <td>Environnementales</td><td>Mes amis ont appelé, ou sont venus</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Son amie (dont il montre la photo (encadrée) qu'il a emmené avec lui), une visite sinon SMS (pas de voiture. Sa famille Mère venue et sœur téléphoné. Ce WE, la sortie est possible : ses parents vont venir le chercher et vont le ramener dim soir	Au début, elle a été très surprise de sa décision, elle lui en a voulu, du jour au lendemain d'avoir fait ça.	Financières		« je ne sais pas comment ça va marcher »	Environnementales	Mes amis ont appelé, ou sont venus		Hospitalisation comme appel
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Son amie (dont il montre la photo (encadrée) qu'il a emmené avec lui), une visite sinon SMS (pas de voiture. Sa famille Mère venue et sœur téléphoné. Ce WE, la sortie est possible : ses parents vont venir le chercher et vont le ramener dim soir	Au début, elle a été très surprise de sa décision, elle lui en a voulu, du jour au lendemain d'avoir fait ça.												
Financières		« je ne sais pas comment ça va marcher »												
Environnementales	Mes amis ont appelé, ou sont venus													
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques non Alimentation, régime... non Est-il suivi? psychiatre Logement = Loisirs Intérêts, hobbies Relations } pareil AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles : IDEM: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: J'aime bien l'entreprise où je suis, je la connais, c'est rassurant.	Retour au même Besoin du cadre												

	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> « Déménager, s'expatrier, tout recommencer à zéro » : un nouveau départ, voir autre chose <u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> « il faut que quelque chose change », « le travail, ça va, pas forcément » <u>Ses attentes</u> « que ça change », « partir pour me libérer des contraintes personnelles », « c'est une solution, pas une fuite : la meilleure »	Contraction / travail
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même:</u> « têtue, très fidèle, respectueux, courageux, riche dans une relation durable » <u>Ses inquiétudes:</u> Angoisse : pour sa copine, sa vie : « 15 mois que ça a commencé, ça commence à compter » « j'attends d'être rassuré pour l'avenir, j'attends son engagement, elle me manque », « j'aimerais que tout revienne comme avant avec elle » <u>Sa compréhension / santé:</u> « J'ai toujours été très anxieux, mais maintenant, je fais plus de chose tout seul, je n'ai plus besoin de ma mère : qu'elle vienne avec moi ou me fais les choses » Son histoire personnelle en fonction de maintenant : ?	(entretien discours à mi-mots) Dépendance
	<u>Problématique :</u> / anxiété: / troubles ressentis: angoisse et sentiment de fatigue généralisée	
	<u>L'agir:</u> Circonstances : idéations suicidaires expliquées comme issues de l'intensité de la fatigue. Utilisation comme appel : elle a su que j'étais mal Etat émotionnel Moyen utilisé	Appel à l'autre Etayage

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Jérôme

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		15
D		9
		24

Évaluation

	CHGR	
FLORIAN	Nom: Florian Age: 23 ans Profession : agent de fabrication intérimaire et pompier volontaire (pour aider les autres) – très important à ses yeux Angoisse à partir de 18 ans	
Fratrerie	Composition familiale: 2 sœurs, 24 ans (spasmophilie aussi) et 23 ans (jumelle), proches dans l'enfance mais beaucoup de chamaillerie.	Insécurité Milieu anxiogène
Famille	Relations familiales A 16 ans sa sœur aînée est partie en ménage, sa sœur jumelle est toujours chez sa mère et ne sort pas, elles sont très fusionnelles. Plus proche aujourd'hui : avant avait un « sale caractère » : les embêtait. Parents : décrits comme ne faisant pas de différence entre les enfants. /mère : très angoissée, tendance à dramatiser, hyper protectrice : à 20 ans n'avait toujours pas le droit de sortir quand il le voulait. Câline, pas démonstrative, peut avoir un caractère souple et parfois dure. Sa mère reprend son travail à la mort de son père. /père : autoritaire, rentrant le WE « bourré et violent », il faisait peur. Les autres jours, ça allait, comme un père. Le WE, les parents se tapaient dessus, un jour, il s'est mis entre les 2 et a eu le nez éclaté : « le père a été choqué ». Il était très angoissé dès que le WE arrivait. Il est décédé alors qu'il avait 11 ans d'un infarctus. Sentiments ambivalents : douleur et violence. Au début, c'était difficile, c'est lui qui s'occupait de la ferme, sa mère est tombée malade et a dû être hospitalisée d'urgence : « c'était les ovaires ». il a travaillé le plus possible : 1 moi, 1mois1/2 mais ce n'était pas suffisant. Ils ont dû déménager pour un petit appartement « mais c'était mieux : le père était décédé dans la maison et l'odeur était devenue insupportable ». c'était moins de soucis et il pouvait sortir un peu dans le bourg.	Mère anxieuse, hyperprotectrice Autoritaire Ambivalence souplesse/dureté, rigidité Père autoritaire, violent, décès tôt Persistance de l'odeur de mort ou de la présence paternelle ? « Trace », empreinte
Ruptures	Evènements marquants - Il y a 2-3 ans son cousin de 14 ans est décédé, ils étaient assez proche : « lui aussi a fait une crise et il est mort étouffé par sa langue », il a eu beaucoup de mal à faire le deuil : au moins 8 mois.	A la question : vous également ? « des crises mais pas comme ça », il décrit les crises d'épilepsies du cousin.
Relationnel	Scolarité: mauvais souvenirs Scolarité difficile par son nom : il s'est fait beaucoup charrier, surtout du primaire à la 5^{ème}, il n'avait pas de répondant. Il était plutôt isolé, il se mettait de préférence à l'écart. A partir de la 4^{ème} et au lycée il répondait davantage, mais ne se défendait pas par la violence. Il avait davantage de copains, jusqu'à la fin du lycée : période plus positive. Il n'a pas conservé de liens. Quand il croise des anciens copains, ils ne lui disent même pas bonjour.	Rejet, replis sur soi, isolement victimisation
	Répercussions pubertaires Pas de crise d'adolescence : quelques revendication de sorties. Il s'est « révolté » beaucoup plus tard.	
	Relations amoureuse: Fréquentes mais courtes : au début volontaire. Il arrête ensuite pour trouver quelqu'un : mais relation qui ne durent pas plus d'un	Dévalorisation

	mois à chaque fois, « ce sont les filles qui partent ». Il devient méfiant, il a peur de s'attacher et de souffrir.							
	Sociabilité: Enfance plutôt solitaire, il arrive aujourd'hui à s'entourer de quelques amis. Pas forcément des jeunes de son âge, quelques collègues pompiers, ils se voient entre eux.	Rassuré par hommes plus âgés						
Situation familiale:	célibataire							
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: 14/03/08 pour TS Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: Depuis l'âge de 18 ans, crises d'angoisse fréquentes, sans raison, tous les 2 mois, puis un peu calmé : 1 crise tous les 6/8 mois puis reprise de plus en plus fréquente : « à cause de la fatigue ».	TS						
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale:							
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt : Crise d'angoisse tous les matins : tremblements, toujours fatigué. Avait travaillé 1 an et 2 mois sans vacances. J'angoissais encore plus le soir, comme j'étais seul, j'avais peur de mourir la nuit Actuellement Moins fatigué, mange mieux	TP						
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt « Ce qui s'est passé : j'étais fatigué, on revenait chez moi après une soirée : mes amis et moi. On est rentré chez moi et un copain a avoué avoir couché avec mon ex amie durant la période où j'étais avec elle : j'étais énervé, incontrôlable : frustration, trahison ... double trahison » Le soir même : impulsivité, a pris des médicaments à lui qui restaient d'une infection passée, n'importe quoi, de manière massive. « quand je les ai pris, j'étais encore dans la colère, j'en avais raz le bol ». il avait mis ses amis dehors, qui sont revenus après. CRISE : après j'étais liquéfié Plus de force, les yeux qui se fermaient : pensait plus à rien Le lendemain : regrettait mais il était vraiment fatigué, ne mangeait pas régulièrement : a accepté l'hospitalisation pour se reposer. Actuellement « Je me sens mieux, plus apaisé, je vais sortir dans les jours qui viennent mais je serais bien resté plus longtemps. »	Dévalorisation, frustration, trahison : vécu comme répétition enfance (scolarisation) : effraction du « contenant » Protection retrouvée par l'hospitalisation Etayage sur l'équipe soignante						
	RESSOURCES ET OBSTACLES							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Beaucoup de visites durant l'hospitalisation. Ma mère vient tous les 2 jours : au début qu'elle venait, pleurait beaucoup. Elle était soulagée de le voir même si, au départ, elle avait du mal à accepter.</td><td>.</td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Beaucoup de visites durant l'hospitalisation. Ma mère vient tous les 2 jours : au début qu'elle venait, pleurait beaucoup. Elle était soulagée de le voir même si, au départ, elle avait du mal à accepter.	.	Attentions particulières Bénéfice affectif
	Ressources	Obstacles						
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Beaucoup de visites durant l'hospitalisation. Ma mère vient tous les 2 jours : au début qu'elle venait, pleurait beaucoup. Elle était soulagée de le voir même si, au départ, elle avait du mal à accepter.	.						

		Il a parlé à sa tante dont il est assez proche. Sa sœur jumelle vient le voir, l'autre téléphone de temps en temps.		
	Financières		Il n'est pas payé, il n'a pas de mutuelle. Il est entre 2 contrats. Il est inquiet, il ne sait pas comment payer le prochain. Il est angoissé, il n'a pas de proposition pour l'instant : « au moins quand je suis là, j'y pense pas, en sortant, il faut que j'assume »	
	Environnementales	Collègues pompiers, amis du bourg (même des gens auxquels il ne pensait pas) et ses amis ext au bourg. Il a su qu'un collègue a beaucoup pleuré quand il a appris ça : « c'est un témoignage fort »		
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques oui Alimentation, régime...mieux Est-il suivi? Oui (psychiatre) Logement = Loisirs Intérêts, hobbies Relations			Pas réfléchi, mais veut faire les choses différemment.
	AU NIVEAU DU TRAVAIL Satisfaction au travail / Désir de retour à l'emploi: MAINTENANT : / Relations avec les collègues : BONNES / Le sens du travail dans la vie: IMPORTANT / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles/ Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: Il voudrait y retourner assez vite : le travail occupe ses journées : il est assez « speed », et ça l'empêche de fumer : bonne adaptation et bonne entente en général avec collègue : sf le chef en ce moment.			Dépendance tabac
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> Il voudrait passer l'examen pour devenir pompier professionnel ou en entreprises (sécurité). C'est la passion qui le pousse à le faire. Il a plus envie de se lancer, d'essayer. <u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> « être casé » et fonder une famille : en rentrant, il va être seul, il s'ennui et à une sensation de vide autour de lui.			Solitude, dévalorisation TP

	Les moments de solitude sont des moments difficiles. Il est timide, sans l'être, mais il a peur de faire le 1^{er} pas et se faire « jeter ». Ses attentes« je n'arrive pas à changer, à bouger »	Passivité
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même</u>: se sent mieux dans sa peau, il a pris du poids, avant, il était maigre. <u>Ses inquiétudes</u>: peur que crises reviennent <u>Sa compréhension / santé</u>: c'est la répercussion du manque alimentaire <u>Son histoire personnelle en fonction de maintenant</u> : remaniement du passé	TP
	<u>Problématique</u> : / anxiété: toujours l'angoisse en moi, j'appréhende toujours / troubles ressentis: Pourquoi en être arrivé jusque là ?, plein de questions me passent par la tête. « comme si c'était pas moi », « je ne me contrôlais plus, c'était insupportable, ça ne pouvait plus continuer, j'étais encore trahi, on s'est encore moqué de moi »	Anxiété anticipatoire Angoisse comme intrusion comme s'il l'a fait et ne voulait pas le faire Déréalisation Répétition, dévalorisation
	<u>L'agir</u>: Circonstances (voir description situation émotionnelle) Etat émotionnel : fatigué, trahi, frustré Moyen utilisé : médicaments	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Florian

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart du temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 quand spasmophilie 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		10
D		3
		13

Évaluation

	CHGR	
	Nom: Marylène Age: 48 ans Profession : auxiliaire de vie	
Fratrie	Composition familiale: 1 frère 2 ans plus jeune. Bonne relation	
Famille	Relations familiales Toujours plus proche de son père, « son dieu ». Couple parents : bonnes relations. Bons souvenirs d'enfance Plus de conflictualité avec sa mère, plus froide : elle avait mon frère et moi mon père	Fusion père Relation difficile mère /Oedipe
Ruptures	Evènements marquants - Décès du père en 2007 : effondrement, sensation de vide	Deuil récent (qu'elle évoque peu)
Relationnel	Scolarité: N'aimait pas l'école, pas de bonnes relations aux autres, timide. Mon père me disait de faire ce que je pouvais et ma mère hurlait : mon frère lui travaillait bien :	Injustice et frustration Dévalorisation
	Répercussions pubertaires « J'ai été dure avec ma mère, parfois conflictuel. »	Agressivité Expression versant « haine » de la conflictualité oedipienne
	Relations amoureuse: « J'ai connu mon mari assez tôt ». Elle a quitté le foyer familial pour vivre avec son conjoint.	
	Sociabilité: Peu de relations amicales	
Situation familiale:	Mariée pendant 25 ans : 3 filles : 29 ans, 26 ans et 20 ans. Les 2 aînées sont mariées et travaillent, la jeune est à la fac. Femme soumise, inconsciente. Conjoint : caractère fort et dominant : ce qu'il pensait devait être bien. Elle évitait les conflits et n'avaient pas de problème d'argent. Ils partaient une semaine en vacances à l'hôtel à Pâques et 15 jours en Côtes d'Azur l'été ...une maison ... Elle aurait aimé ouvrir une crêperie mais lui ne voulait pas, il préférerait qu'elle reste femme au foyer. En 98 quand il achète un ordinateur : « toi, tu ne sauras jamais t'en servir », il la dévalorisait constamment. En 2003, il devient adjoint à la mairie, il avait des réunions de plus en plus fréquentes, il change sa garde robe, de parfum. Elle commence à douter de lui et un jour elle surprend l'autre adjoint (une femme) avec son mari lors d'une fête, sa fille, la seconde fait un scandale, et lui dit que si elle veut divorcer, elle est de tout cœur avec elle. La semaine qui suit, elle met le nez dans les comptes et s'aperçoit que les notes de téléphone sont très élevées et qu'un numéro de téléphone revient souvent de 6H du matin à 11H du soir et qu'il ne reste plus rien de l'argent mis de côté... quand elle montre cela à son aînée : elle lui dit de divorcer. Mais elle craint ne pas réussir à s'en sortir, elle a repris un travail en IME de 17H à 20H30 où elle fait le ménage. Ses filles lui apprennent qu'elles le savaient depuis longtemps, elle décide d'aller voir un avocat ... Il quitte la maison pour un appartement qu'il a à Rennes de ses parents. ses filles sont avec	Femme soumise Conjoint autoritaire : acceptation par dévalorisation Répétition / comportement mère -scolarisation Trahison Description précise des faits, sous les moindres détails et chronologie minutieuse, qui donne à voir une intensité de l'affect non évacuée Difficulté à parler d'autre

	elle. Il n'a jamais avoué, le divorce fut très conflictuel, la jeune de ses filles ne voulait plus le voir. Elle change ses horaires de travail et ajoute un poste chez un traiteur le samedi et le dimanche.	chose, fixation : tout revient systématiquement sur la situation de séparation et les relations difficiles avec ses filles.												
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: 1 ^{er} mai 07 Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: TS	TS avec séquelles												
	Limitations fonctionnelles: aucunes Traitement médicale: anxiolytique et antidépresseur													
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt : Epuisement, besoin de sommeil Séquelles : légère paralysie coté G Actuellement Physiquement : difficulté au longues marches, légère paralysie faciale	Traces, empreintes sur le corps : porte sur elle son « préjudice moral »												
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt Sentiment de vide après une frustration « violente ». tout s'est passé « mécaniquement » Epuisement psychologique. Actuellement Se sent mieux grâce à son nouveau couple.	Sentiment de dépersonnalisation, Dépendance, reproduction schéma Bénéfice												
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Ses parents et son frère (loin géographiquement)</td><td>Décès du père récent</td></tr> <tr> <td>Financières</td><td>Son ami participe au frais de gestion de la maison</td><td></td></tr> <tr> <td>Environnementales</td><td>Son ami</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Ses parents et son frère (loin géographiquement)	Décès du père récent	Financières	Son ami participe au frais de gestion de la maison		Environnementales	Son ami		Isolement Réparation narcissique par la présence de son ami.
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Ses parents et son frère (loin géographiquement)	Décès du père récent												
Financières	Son ami participe au frais de gestion de la maison													
Environnementales	Son ami													
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques : non Alimentation, régime... non Est-il suivi? psychiatre													

	Logement identique Loisirs Intérêts, hobbies Relations } Changement d'intérêt et de loisir AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: Toujours en arrêt de travail	Projection vague : encore trop de fixation sur le passé
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> Construire quelque chose avec son ami actuel <u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> Que mes enfants reviennent vers moi. Ses attentes : aucunes sinon être bien avec mon ami : « s'il n'était pas là, je recommencerais »	Etayage sur son ami, contient l'angoisse de vide. Valorisation en tant que femme
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même:</u> « une femme meurtrie et trop naïve » <u>Ses inquiétudes:</u> être seule <u>Sa compréhension / santé:</u> <u>Son histoire personnelle en fonction de maintenant :</u> « je vis au jour le jour »	
	<u>Problématique :</u> / anxiété: « anxiété qui prend dans la poitrine » / troubles ressentis: un grand sentiment d'injustice qui ne me quitte pas : une rage intérieure	
	<u>L'agir:</u> ingestion médicamenteuse, « comme si ce n'était plus moi : j'étais calme et déterminée ... et toujours cette phrase qui revient sans cesse » <u>Circonstances :</u> L'autre « femme » veut divorcer également, le mari l'appelle : ils sont dans la même situation et veut lui parler, ils se donnent RDV à la fête du bourg. Il ne vient pas au RDV, quand elle rentre chez elle : ses 3 filles sont là et lui annonce le suicide de cet homme, le lendemain elle reçoit un courrier de sa part lui annonçant son geste parce qu'il en a « raz le bol ». Son père, son dieu, a fait beaucoup pour la maison. Sa mère tient à ce qu'elle puisse conserver la maison et lui donne de l'argent en accord avec son frère. Elle veut racheter sa « moitié », mais devant l'avocat, le mari demande 50.000 f en plus en lui disant « qu'il n'a rien à foutre » d'elle et la dénigre (il s'est passé un an entre temps), elle repart au travail, elle est très mal : c'est un grand trou noir. A 17H, elle rentre du travail, cette phrase résonne sans cesse dans sa tête. Le soir, elle nettoie sa maison de fond en comble, vers minuit, elle prend des comprimés « à cause de cette phrase ». Elle ne se souvient pas de la suite : il paraît qu'elle aurait appelée 2 fois pour des	Déréalisation Appel, vengeance, anéantissement par répétition frustration Idéalisation paternelle

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Marylène

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart du temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A	9
D	7
	16

Évaluation

	CHGR	
	Nom: Béatrice Age: 42 Profession : agent administratif en mairie	
Fratrie	Composition familiale: 2 F, 2S 1 F aîné : + 2ans, elle la 2 ^{ème} ... Elle s'est toujours occupée de ses F & S Après le départ du père, son F aîné en a profité pour se sentir le chef de famille et faire ce qu'il voulait. Elle, par contre, avait le sens des responsabilités et s'est occupée de ses F&S et de sa mère alors dépressive et complètement débordée par la situation.	Position dominante, substitution de la position maternelle défaillante
Famille	Relations familiales Sa mère laissait surtout ses enfants à la charge de sa grand-mère maternelle. Elles n'étaient pas très proches dans l'enfance et se sont rapprochées que plus tard. L'obsession de sa mère quand elle était jeune était qu'elle tombe enceinte (car elle était enceinte pour son F à 16 ans). De ce fait, elle évite les rapports sexuels avant ses 18 ans pour être complètement autonome si cela devait arriver. Son père : son dieu. Le père avait des rapports conflictuels avec le F aîné qui était très dur, tandis qu'elle ne posait pas de problème. Ils étaient très complice d'où l'effondrement quand il est parti.	Mère absente Père idéalisé : soumise au père : recherche valorisation paternelle Responsabilisation maternelle ?
Ruptures	Evènements marquants - A 9 ans, l'assassinat de sa grand-mère maternelle par l'amant de sa mère. elle se souvient encore quand ils sont venus la prévenir avec sa sœur à l'école. Elle a encore l'image de sa grand-mère allongée dans la cour. C'est la 1^{ère} fois qu'elle prenait conscience de ce qu'était la mort. L'affaire a été très médiatisée et elle en a souffert à l'école (d'autant qu'on ne lui en parlait pas): certain disait que c'était sa mère qui l'avait tué. - A 14 ans : abandon du père. Sa mère était incapable de s'occuper d'eux et la maison fut saisie, ils n'avaient pas d'argent et ont tout perdu. Sa mère a toujours été fragile, pour sa mère, son père était son amour de jeunesse. Mais son père la trompait souvent, les tensions augmentaient de plus en plus dans la maison. Elle aurait aimé que ses parents divorcent et pouvoir partir avec son père. Le climat était devenu tendu et insécurisant. C'est elle qui s'occupe de son père (remplace sa mère, puisqu'ils ne se parlaient plus) et prépare sa valise pour son départ professionnel à Djibouti, quand elle lui en parle, il lui répond qu'il ne partira jamais car il aime trop ses enfants. A son retour, les papiers de divorce étaient préparés et il est parti avec une femme qui avait 4 enfants et ne se sont jamais revu Pour ces raisons, elle n'a jamais voulu dépendre d'un homme, elle s'est assurée d'un travail et entre rapidement comme employée de mairie.	Trauma familiaux : responsabilisation de la mère Positionnement oedipien : mère rivale Trahison paternelle
Relationnel	Scolarité: Après le décès de la grand-mère, la famille déménage. Au collège, une seule des filles connaît ses problèmes personnels qu'elle n'expose pas. Elle se sent très mal face au regard de l'autre, quand un groupe de copine voit son père en voiture avec une autre femme que sa mère. son père lui demande de garder le silence. Sa mère interroge en permanence ses enfants. Elle se sent prise entre les demandes de sa mère et son père qui lui demande de se taire : elle revit l'expérience passée où son père, qui trompait déjà sa mère, demandait quand il rentrait de déplacement le WE, si sa mère avait un amant. En fait, à l'époque, l'amant de sa mère vivait à la maison la semaine et leur mère demandait aux enfants de se taire le WE. C'est cet	Honte Secrets, silence, non-dits

	amant qui a tué la grand-mère. Sa scolarité a été perturbée par ce climat familial et les rumeurs. Elle est en 5^{ème} quand son père est parti et a dû suivre une filière professionnelle, elle passe son CAP de compta qu'elle obtient et postule à la mairie de (...). Elle est choisie grâce à la machine qu'elle connaît (la même que l'école) : pour elle, c'est la vie et la chance qui commence.	
	Répercussions pubertaires Elle est passée directement au monde adulte. Aujourd'hui quand elle voit ses aînés, elle regrette les choses qu'elle n'a pas pu faire. A 40 ans, elle désire vivre pour elle, mais elle se trouve confrontée au vide et n'arrive à lâcher ses enfants : angoisse du vide	Fuite du temps Angoisse /vide
	Relations amoureuse: Elle rencontre son mari au départ du père, c'est un copain de son frère. Elle pense alors qu'elle va pouvoir mener sa propre vie. Le démarrage est positif : elle a son 1^{er} fils à 21 ans, la sécurité de l'emploi (tout de suite après diplôme)	Fuite du foyer familial
	Sociabilité: Elle avait des amis, mais le couple s'est peu à peu isolé. La perte des amis est la conséquence du manque de communication du mari : il ne parle pas, préfère regarder la TV, même lorsqu'il y a des invités. Elle a essayé de compenser par le travail, elle ne vivait que pour son travail et ses enfants. Mais elle a été déçue par son chef, une femme, envers qui elle avait une totale confiance et à qui elle s'est confiée et qui s'est servie de ses confidences pour exercer une pression sur elle.	Trahison
Situation familiale:	Mariée, 4 garçons (21, 18,14 et 4 ans). Elle a fait de nombreuses fausses couches, elle a souhaité ce petit dernier pour tenter une nouvelle fois d'avoir une fille et par peur de vieillir seule quand elle a pris conscience du vide de sa vie. Son fils aîné souffre de TOC. Elle ne voulait surtout pas reproduire la situation familiale avec ses enfants. Pour elle, elle a raté sa vie, raté sa vie de femme. Dans le couple, c'est elle la plus forte : en contradiction avec sa mère car elle se voulait pas ses trouver en situation de faiblesse comme sa mère et être dépendante d'un homme. Aujourd'hui, elle souffre de la faiblesse de son mari et se sent bloquée dans son désir de séparation du fait que son mari dépend beaucoup d'elle. Son mari représente plus un 5^{ème} enfant qu'un conjoint. Il ne parle pas et s'exprime en « explosant » ou lui fait des reproches quand ça ne va pas. Son mari a eu une enfance malheureuse (père militaire, alcoolique, violent) et était le « vilain petit canard » de la famille (7 enfants). Problèmes financiers dû à la situation de chômage du mari.	Fuite du temps Angoisse de vide
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: juil 07 Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: dépression, épuisement psychologique 1^{ère} hospitalisation de juil à sept 07 puis en déc 07 La période de fin d'année est une période difficile, elle rappelle le départ du père : le 5 déc 1980.	Effondrement psychique et somatisation Réapparition des traumas
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale: Anxiolytiques et antidépresseurs	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Nœuds au ventre Fatigue, lassitude : toujours envie de dormir Douleurs corporelles diffuses : le corps est un poids Crises d'angoisse Actuellement Crise d'angoisse le matin	Neurasthénie, Somatisation comme compromis de l'angoisse d'anéantissement Angoisse de perte (trauma)

	L'hospitalisation procure un apaisement, une protection : quand elle est rentrée, elle désirait concrétiser la séparation mais n'a pas pu	abandon du père) Dépendance												
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Ses 40 ans ont été le déclencheur : elle a fait le « bilan » de sa vie et se rend compte que sa vie est un échec, elle a toujours tenté de tout maîtriser et gérer. Il lui semble qu'elle a cumulé les échecs. Avec ses enfants : son aîné souffre de TOC et est dans un centre spécialisé. Elle a dû décider d'un placement volontaire en famille d'accueil pour son jeune fils, prétextant l'hospitalisation L'autre facteur déclenchant est l'accident de travail de son mari le 2 sept 2005 : double écrasement de vertèbres et disques : et un licenciement qui fait suite aux 2 ans d'arrêt de travail avec inaptitude à la reprise, ayant pour conséquence des difficultés financières et la crainte de perdre la maison. Au moment de l'arrêt Mal-être Petit garçon de 4 ans difficile, comportement anormal : crise de nerf la nuit (ne peut plus dormir), crises pour tout : accumulation d'épuisement et d'anxiété par anticipation. Dramatisation et réactivité Actuellement Elle a pris conscience qu'elle s'occupait des autres au détriment d'elle-même : elle vit à 100 à l'heure, quand elle n'est pas en activité, il lui semble ne plus exister. Elle a toujours eu peur de s'ennuyer, surtout que son mari ne parle pas.	Constat d'échec, Dévalorisation, perte appuis narcissiques Angoisse pour l'avenir Anxiété anticipatoire Anxiété généralisée TP Hyperactivité												
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Rapprochement de sa mère (elle l'appelle tous les jours) Ses sœurs sont aussi présentes</td><td>.</td></tr> <tr> <td>Financières</td><td></td><td>Perte financière. Elle : ½ traitement depuis le 11 septembre : perte 500€ Mari : Assedic depuis aout : perte 400 €</td></tr> <tr> <td>Environnementales</td><td>Sa chef lui a envoyé une carte de vœux très touchante qui l'a ému. Une amie qu'elle a rencontrée lors de la 1^{ère} hospitalisation et qui prend de ses nouvelles</td><td>Déçue par le Maire qui n'a jamais pris de ses nouvelles</td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Rapprochement de sa mère (elle l'appelle tous les jours) Ses sœurs sont aussi présentes	.	Financières		Perte financière. Elle : ½ traitement depuis le 11 septembre : perte 500€ Mari : Assedic depuis aout : perte 400 €	Environnementales	Sa chef lui a envoyé une carte de vœux très touchante qui l'a ému. Une amie qu'elle a rencontrée lors de la 1 ^{ère} hospitalisation et qui prend de ses nouvelles	Déçue par le Maire qui n'a jamais pris de ses nouvelles	Dévalorisation, perte de valorisation narcissique
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Rapprochement de sa mère (elle l'appelle tous les jours) Ses sœurs sont aussi présentes	.												
Financières		Perte financière. Elle : ½ traitement depuis le 11 septembre : perte 500€ Mari : Assedic depuis aout : perte 400 €												
Environnementales	Sa chef lui a envoyé une carte de vœux très touchante qui l'a ému. Une amie qu'elle a rencontrée lors de la 1 ^{ère} hospitalisation et qui prend de ses nouvelles	Déçue par le Maire qui n'a jamais pris de ses nouvelles												

	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques : envisage de vendre la maison Alimentation, régime... oui Est-il suivi? oui Logement : idem Loisirs Intérêts, hobbies Relations Aucun Solitude amicale AU NIVEAU DU TRAVAIL Satisfaction au travail / Désir de retour à l'emploi: / Relations avec les collègues : bonnes / Le sens du travail dans la vie: important/ Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: dépression Problèmes particuliers à l'emploi non / Les capacités actuelles : idem / Ses intérêts personnels face à l'emploi: lui permet de sortir du contexte familial, valorisant	
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> Aspire avoir une meilleure vie Si elle reste avec mari, aspire à mieux, plus d'échange : un nouveau départ Prof : aimerait changer de mairie, reprendre poste mais continuer le travail <u>que</u> pour le travail (dissocier de sa vie personnelle) Mais elle appréhende la reprise, ils vont lui faire payer son absence, déjà elle n'a eu que 120€ de prime de fin d'année au lieu de 1500) <u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> Vivre plus pour elle <u>Ses attentes</u> Se réaliser	Cherche à se libérer des contraintes et des sentiments de culpabilités (culpabilisation familiales)
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même</u>: elle se croyait solide mais ne l'a pas, faible et non forte. Avant, elle a le sentiment de s'être surestimée : baisse estime de soi Elle a honte de son état <u>Ses inquiétudes</u>: va t-elle guérir ? sortir de la dépression ? <u>Sa compréhension / santé</u>: elle s'est effondrée par épuisement <u>Son histoire personnelle en fonction de maintenant</u> bilan : elle n'est pas mieux que sa mère	Sentiment de vulnérabilité Fragilisation Perte d'estime Angoisse pour l'avenir
	<u>Problématique</u> : / anxiété: mieux quand elle est à l'hôpital mais les sorties le WE font resurgir les angoisses / troubles ressentis: quand chez elle : angoisse toujours forte, hyperémotivité, pleure beaucoup, se force à faire les choses Avant l'hospitalisation elle était devenue effacée. Depuis 2 ans son médecin fait des tentatives pour l'hospitalisation mais elle voulait « tenir ». L'inquiétude a augmentée avec le problème de son mari et resurgir les problèmes d'argent de l'enfance : retour du passé, surtout s'ils sont obligée de vendre la maison	Hôpital= pare excitation Retour trauma Effondrement Anéantissement
	<u>L'agir</u>: Circonstances : néant	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Béatrice

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais		3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais		0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais		3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision Souvent Parfois Peu souvent Rarement		0 1 2 3
A		18
D		17
		35

Évaluation

	CHGR	
GUY	GUY Age: 44 ans Profession : conseiller financier	
Fratrie	Composition familiale: Le dernier d'une fratrie de 4 : 1 F (+27), 1 S (+20), 1F (+12)	
Famille	Relations familiales Frère aîné, plus comme un oncle : son référent masculin, marié, enfants, magasinier, chauffeur. Pas d'intelligence, moins de facilité que les 3 autres : honte de lui par rapport à eux. Sœur : intelligente et affectueuse, instit en maternelle, participe éducation, elle qui lui a appris à lire et compter. S'est mariée avec un mari intelligent et curieux, n'ont pas eu d'enfants. Ils aimaient bien discuter ensemble, discussion d'ordre philosophique, relations humaines et avec son beau-frère discussion de math, mécanique, physique, chimie : il aurait aimé qu'ils soient ses parents. Frère : n'aimait pas les parents, est resté le temps de ses études (8 ans) et est parti (20 ans sans retourner) Lui : élevé (mal) par ses parents âgés. Gâté (matériellement) / Mère 47 ans, vieillie par mode de vie. Mère au foyer, sa mère « ne savait pas faire avec lui », sa sœur qui l'a beaucoup aidé, sa sœur était plus maternelle, protectrice. Sa mère était « pleureuse, pleurnicheuse, mais ne faisait rien, laissait faire : c'était une insulte à son intelligence : avant la guerre, elle a eu son bac, c'était rare à son époque : après, elle a tout laissé tombé ! » /Père : violent, colérique, qui bâta sa mère. m'aimait pas la contradiction, aigri, extrémiste et raciste. Mais plaintif/sa santé. Il représentait plus un grand-père, il jouait plus avec lui qu'avec les autres. Aucuns amis : père fâché avec tout le monde, même avec sa famille. Image négative / famille : pas trouvé la force de partir. Ils vivaient en vase clos : pas le droit d'avoir d'amis, allait voir la famille pour sortir. Les contacts « avec l'humanité était limités ». Il a du respect pour ses parents mais pas d'estime, ce ne sont pas des référents pour lui.	Honte Rejet parental Parents âgés Mère soumise et faible Père violent, colérique Honte Frustration/famille Rejet famille Complexe de supériorité
Ruptures	Evènements marquants - Vie difficile du fait de sa vie amoureuse passionnelle, mis dans le pétrin - Ruptures sentimentales : ses difficultés de la vie	
Relationnel	Scolarité: Très bonnes études, sans difficultés.	Valorisation narcissique
	Répercussions pubertaires Père froid et critique, interdisait toutes sortes de sorties avant 18 ans, même chose avec les filles. Pour faire rager son père sans doute, il était très attiré par l'exotisme chez les femmes, surtout les femmes métissées, mais il ne les a jamais fréquenté.	Rigidité père Opposition père Provocation
	Relations amoureuse: Toujours envie de vivre dans la passion amoureuse : passion aveugle. « Lorsque je ne suis pas en couple, je tombe sous le charme de la beauté, j'aime séduire les belles femmes. J'ai rencontré des femmes de 10 à 12 ans de moins que	Addiction amoureuse

	moi : je trouve ça très valorisant », « pour moi, j'en suis même dépendant, c'est plus fort que moi : c'est une addiction au sentiment passionnel, dans toute sa folie ». « A chaque fois, c'est la même passion, le même type de femme : la spiral », « le besoin de se bruler les ailes ». Attiré par le même type de femme : « qui ont du charme et le savent, irrésistibles, je ressens de la chaleur, de l'énergie », « j'ai besoin de créer cette situation, c'est comme un courant électrique qui réveille : une drogue quoi », il est dans la séduction, quelque soit l'âge. Il est aussi attiré par l'intelligence, mais pour une attirance plus intellectuelle qui éveille l'esprit et par curiosité, « c'est bien mais pas cette déstructurante attirance pour la beauté »	
	Sociabilité: Très sociable, il aime la « bonne compagnie » et être entouré, et reconnu.	# enfance
Situation familiale:	Divorcé, 1fils 14 ans 1^{ère} expérience de couple négative et fragilisante (période vie commune à Paris avec la mère de son fils. Il se marie alors qu'il a 19 ans. Il arrête ses études puis les reprend. Il « s'est trompé, pas conseiller pour l'avenir ». Il a son fils 11 ans après : pas repoussé mais rajouté des soucis, source de conflits dans le couple. Lui et sa femme étaient très lents dans les gestes de la vie quotidienne : toujours débordés. Pas angoisse de couple. Un an après la séparation une nouvelle relation stable pendant 7 ans. Son 2^{ème} couple n'a pas fonctionné parce qu'il ne voulait pas d'enfant : le WE, quand il avait son fils, « tout tournait autour de lui ». ils avaient peu de loisirs et une vie extérieure pauvre. Dans ce couple : ils allègent au maximum les tâches quotidiennes : il a une meilleur gestion du temps. A nouveau séparé quand vient à Rennes : proposition par hiérarchie et région d'origine de sa mère, normalement pour 3-4 ans, il vit un an seul avant une nouvelle relation qui vient de prendre fin. Il est toujours quitté par les femmes parce qu'il ne les satisfait plus du tout.	Lenteur gestes Besoin de sensation Possessif Egocentrique Instabilité affective Quitte pour ne pas être quitté
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: hospitalisation du 1^{er} au 10 juin Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: TS	
	Limitations fonctionnelles: 2 jours, 3 nuits dans le comas Il est resté 4/5 jours dans l'enceinte de Ponchaillou, en transit, par manque de place au CHGR Traitement médicale:	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Sentiment d'épuisement : « je me trainais », « je ruminais toute la journée, j'avais des idées noires, je ne dormais plus ». « Je suis toujours très apathique le matin, j'ai besoin de stress positif pour me sentir mieux », « j'ai besoin d'adrénaline : dans mon travail, j'ai une conduite sportive – même si aujourd'hui, je suis obligé de ralentir à cause des radars – les films d'action, les passions amoureuses. Le stress, l'énergie lui permet d'être plus réveillé et de donner « à l'autre une image qui lui convient. Quand il est amoureux, il « sait anticiper les désirs », sa vie personnelle n'existe plus, il dépend des souhaits de l'autre, il est toujours d'accord même si les propositions ne lui conviennent pas. Actuellement « J'essaie d'être raisonnable, je suis bien avec mon amie actuelle, que j'ai rencontré lors de mon hospitalisation, sans être amoureux, elle n'est pas aussi belle que les autres : j'essaie de contrebattre mon addiction amoureuse, je me préserve », « mais je ne sais pas si je vais tenir ».	Effondrement psychique Conduite à risque Besoin de sensations fortes Adrénaline par pulsions amoureuses : un autre homme « sevrage ? »

	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt : Passionnément amoureux d'une femme, s'est rendu compte qu'elle le manipulait, elle cherchait le profit financier : « c'était un jeu pour elle : j'angoissais qu'elle me quitte », « j'acceptais tout ce qu'elle me demandait ». Elle lui a fait dépenser 50 000€ en 1 an, il lui dit que ce n'était plus possible. Elle cherche alors quelqu'un d'autre, elle a besoin d'argent, à l'exemple de son père qui a de l'argent, « un homme sur qui on peut se poser ». « C'était la perte de ma passion, et après un abattement très fort s'en est suivi ». « J'avais tout perdu, j'étais très endetté, j'étais en train de perdre ma valorisation au travail : je ne pouvais plus me concentrer ». « Je n'avais plus qu'une solution mettre fin à cette déchéance ». Cette femme « très belle » vivait avant avec un homme très riche, elle avait l'habitude de dépenser dans compter et l'a quitté quand il n'avait plus d'argent : il ne l'intéressait plus, elle comparait facilement avec les autres hommes. Il a multiplié les crédits à la consommation : il avait des mensualités 2 fois ses revenus et s'est mis en position de surendettement. Mais, il travaille comme conseiller à la banque : il s'est mis en grande difficulté professionnelle, ajouté à la baisse de concentration : alors qu'il venait d'avoir une promotion, il s'est mis dans un contexte d'échec (# 20 ans de réussite professionnelle). Son futur : inconnu : échec de sa vie Face à cette angoisse totale, je n'avais pas d'autres solutions que la TS en avalant 250/300 comprimés (somnifères, antidépresseurs, anxiolytiques et ce qu'il avait sous la main. Il a appelé la mère de son fils pour lui expliquer son geste (ils sont restés amis) : pour elle la TS est un signe de faiblesse. Elle a appelé les urgences. A Ponchaillou, ils lui ont demandé ce qu'il comptait faire : il ne pouvait pas continuer à vivre ... « c'est comme ça que j'ai atterri à Guillaume Régner », « c'était insupportable, ma personnalité était fragile mais je ne voulais pas me victimiser ». Lors de l'hospitalisation : il n'avait qu'une chose en tête sortir pour recommencer sans se rater. En 1985, il vit sa 1^{ère} dépression, il suit un traitement antidépresseur et anxiolytique pendant quelques années. A chaque séparation, il reprend un traitement pour une « récurrence de dépression ». il vit alors un fort « sentiment de vide », « une sorte de "débranchement" ». il reprend confiance quand il est en couple : « ça apaise mon angoisse ». Le couple est important pour lui ; il a peur d'être seul. Actuellement En sortant de l'hospitalisation, j'avais pris du recul, je me disais « on verra, pourquoi pas, « par curiosité intellectuelle »	Idéation suicidaire Perception déchéance Anéantissement Perception d'échec : dévalorisation insupportable (/fierté) Contexte échec /sortie / regard culpabilité S'exposer à la sanction de l'autre Honte Angoisse de séparation Dépression chronique (répétition anaclitisme ?)						
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td> Son ex-femme Son amie actuelle, dès le 1^{er} jour, il l'a vu, il était attiré par la sensation de douceur qu'elle dégageait. Pas passionnel, pas plus qu'une raison de vivre à ce moment là, mais une présence « chaleureuse » </td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Son ex-femme Son amie actuelle, dès le 1^{er} jour, il l'a vu, il était attiré par la sensation de douceur qu'elle dégageait. Pas passionnel, pas plus qu'une raison de vivre à ce moment là, mais une présence « chaleureuse »		Rencontre à l'hôpital : une femme qui l'aide à refaire surface : séduction « réparatrice » manque de la mère ?
	Ressources	Obstacles						
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Son ex-femme Son amie actuelle, dès le 1^{er} jour, il l'a vu, il était attiré par la sensation de douceur qu'elle dégageait. Pas passionnel, pas plus qu'une raison de vivre à ce moment là, mais une présence « chaleureuse »							

	Financières A ouvert un dossier de surendettement.	Angoisse pour l'avenir financier Il est en difficulté pour une reprise professionnelle, mais le DRH est ouvert, prise en charge individualisée.	
	Environnementales Une camarade-amie qui lui avait présenté « l'amie en question », infirmière, présente, apaisante Quelques collègues de travail : « ça fait chaud au cœur »		Peu de relation sociale en dehors du travail
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques oui Alimentation, régime...non Est-il suivi? Oui psychiatre et psychologue Logement = Loisirs Intérêts, hobbies Relations } Peu de moyen donc peu de plaisir (achat = plaisir) La vie naturellement réductrice aujourd'hui. L'épanouissement ne peut-être qu'une sortie qui n'est qu'affective AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: N'a pas forcément la possibilité de retrouver le même poste, va retrouver un poste « inférieur » mais avec le même salaire mais l'augmentation est inenvisageable. L'équilibre du budget sera de plus en plus compliqué : pas de solution de sortie : ressenti de panique. Avant, il était bien vu au travail : le regard de l'autre sur sa réussite le remplissait de satisfaction : ce qu'il ne pourra plus retrouver. Dans toutes ses expériences professionnelles, il était complimenté : autosatisfaction ++, reconnaissance. Il va commencer par un mi-temps thérapeutique (travail l'après-midi) mais après 6 mois, n'aura plus de choix, il devra reprendre à temps complet.		Limitation Résignation Dévalorisation # reconnaissance et valorisations antérieures
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> Il aime les changements et en même temps il est ambivalent, il a « besoin d'adrénaline et en même temps besoin d'un cadre ». « La vie passionnelle est déstructurante, elle renvoie de l'angoisse, la vie est rassurante et apaisante avec son amie : si elle me quittait, si elle se rend compte qu'il n'ai pas assez bien... j'ai peur qu'elle me quitte » <u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> Trouver un équilibre satisfaisant		Ambivalence Angoisse de perte résignation

	<u>Ses attentes</u> Retrouver une certaine satisfaction de soi.	
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même</u> : « pas terrible », « j'ai toujours cherché à être quelqu'un de bien, qu'on remarque et maintenant je n'ai plus rien à montrer de satisfaisant » <u>Ses inquiétudes</u> : mon avenir <u>Sa compréhension / santé</u> : « je suis d'une nature dépressive, j'ai du mal à être satisfait depuis l'enfance » <u>Son histoire personnelle en fonction de maintenant</u> : « je vais essayer de construire quelque chose de stable avec mon amie »	Dévalorisation Fragilité
	<u>Problématique</u> : / anxiété: « Quand crise : quelque chose d'irrépressible, quelque chose qui me prend tout entier, une sorte de panique. Sinon toujours amorphe, mal au ventre, boule à la gorge et parfois, à l'inverse, sentiment de nervosité et d'impatience » / troubles ressentis: quand je l'ai fait ? apaisé, comme serein, libéré d'un poids	TP
	<u>L'agir</u> : Circonstances : perte affective et matérielle : sentiment de « déchéance totale », « tout perdu » Etat émotionnel : « j'étais pris à la gorge, pas d'autre issue : quand j'ai pris la décision : j'avais toute ma tête, mon esprit était clair, d'ailleurs, j'ai tout expliqué clairement et posément à mon ex-femme, j'étais décidé : là, pour le coup, je ressentais une certaine satisfaction : je ne sais pas comment expliquer » Moyen utilisé : ingestion médicamenteuse	Anéantissement, débordement, sans d'autre issue Apaisement

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: GUY

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart du temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		15
D		13
		28

Évaluation

	CHGR	
HERVE	Nom: Hervé Age: 36 ans Profession : chauffeur au parc et jardin de Rennes	
Fratric	Composition familiale: 1 frère aîné (+1an) : timide et réservé 1 sœur (-3ans) : autoritaire comme sa mère Lui : manque de confiance	
Famille	Relations familiales /mère : autoritaire, ne cherche pas à expliquer (ramène à un sentiment d'angoisse), hyperprotectrice. Lui est plus extraverti que son frère mais sa mère a dû mal à le voir sortir avant son frère aîné : amène des conflits. Sa mère pensait qu'il voulait prendre le dessus sur son frère. Par la suite, il sortait sans s'occuper de ce qu'elle pouvait lui dire : ne l'écoutait plus. /père : pas communicant, il « suivait » sa mère, il ne savait pas, il était souvent absent et c'est sa mère qui détenait l'autorité. Son père est décédé quand il avait 16 ans. Il était pressé de quitter la maison familiale, ce qu'il fait à l'âge de 22 ans Il voit sa famille mais « ça ne passe pas », il n'existe aucune profondeur dans les relations, pareil / F et S. il se sent seul face à eux. Il n'y a pas de tendresse entre eux. Son frère ne parle pas beaucoup, sa sœur un peu mais ne s'entendent pas trop : « elle est comme ma mère, trop autoritaire », il ne peut pas se confier.	Autoritaire, hyperprotectrice Pas fonction paternelle Père absent, soumis Décédé Fuite maison Distance famille Honte
Ruptures	Evènements marquants - Décès de son père	Deuil
Relationnel	Scolarité: Pas de bons souvenirs Un peu le bouc émissaire : il n'était pas sûr de lui, pas de répartis ou peut-être trop mais sous forme de réactivité. Ses parents n'ont jamais cherché à comprendre pourquoi il avait de problèmes à l'école : aujourd'hui, c'est son fils qui est comme ça. Entre en pension pour les 2 ans de son BEP Il fait un BEP jardins et espaces verts. Il commence jardinier et évolue professionnellement.	Frustration Honte
	Répercussions pubertaires Revendications pour sortir.	Revendication
	Relations amoureuse: 18 ans : quelques relations : Il rencontre assez vite sa femme : elle est plus jeune que lui (elle a 16ans½ et lui 20 ans ½ , il se sentait protecteur, surtout que son père était très autoritaire, et qu'elle n'avait pas trop le droit de sortir : elle avait besoin d'être aidée. Aujourd'hui, elle entretient de bonnes relations avec ses parents	Besoin de dominer, besoin valorisation
	Sociabilité: Pas trop, il ressent des difficultés à aller vers les gens. Il n'a pas confiance en lui, et ne fait pas confiance à l'autre : il ne peut pas se confier. Sauf, peut-être avec un collègue de travail(56ans) ... mais si peu. Il recherche	Répétition « ne peut pas se confier »

	pourtant un confident.								
Situation familiale:	Mariée, 2 enfants : 2 garçons de 9 et 12 ans								
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: Hospitalisé, il y a 2 ans pour 15 jours Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: énervement « massif » : décrit comme crise								
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale:								
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Actuellement								
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt : J'ai toujours été très anxieux, depuis tout petit et encore maintenant Enervement massif : impression que qq chose débordait, envie de tout casser, pression qui montait. « A la maison c'est ma femme qui dirige tout, à ce moment là, elle cherchait une maison, elle se plaint tout le temps que je n'en fait pas assez », « en plus, au travail, j'étais à un poste qui me plaisait depuis quelque temps et le responsable m'a demandé de reprendre à 50% mon ancien poste : je n'ai rien dit mais j'étais frustré de devoir retourner à un poste inférieur ». Dans le couple, sa femme lui dicte tout ce qu'il doit faire : elle n'aime pas le voir sans rien faire. Avec la blessure par son père, elle ne veut plus se laisser faire. Il garde tout pour lui, jusqu'au moment où la frustration devient débordante. Ce jour là, quand il rentre, après la frustration au travail, il est seul. Quand sa femme rentre, il lui crie dessus « tu m'as laissé tout seul », il avait peur de ne pas se contenir avec son fils présent. Il était nerveux et impatient. « le gamin était là, il était blessé, choqué de me voir comme ça », il commence à tout jeter ce qui lui passe sous la main et à tout casse ce qui se trouve dans le salon : sa femme appelle les pompiers qui l'emmènent aux urgences. Durant l'hospitalisation : il a eu « 1 ou 2 crises sur place et a dû être placé en chambre d'isolement : il avait envie de tout casser, « je n'étais pas écouté », « il fallait qu'ils m'écoutent, je voulais dominer la situation ». Actuellement : Retour chez lui : plus apaisé, il était mieux et était content de rentrer. Aujourd'hui, il est « torturé » par le doute : conflictualité entre « je quitte ma femme ou je reste ».	Anxiété généralisée Débordement par accumulation Observateur de sa crise : dépersonnalisation Perte de contrôle Regret /enfant : culpabilité Vouloir être entendu : révolte /emprise Doute							
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table><tr><td></td><td>Ressources</td><td>Obstacles</td></tr><tr><td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Sa femme, son frère et sa sœur sont venus : il a pleuré devant eux : beaucoup d'émotion : « je les aime quand même »</td><td>Regrets : « ils n'ont pas essayé de comprendre, de voir ce qui n'allait pas » Sa mère, « à la rigueur, a même pensé que c'était</td></tr></table>			Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Sa femme, son frère et sa sœur sont venus : il a pleuré devant eux : beaucoup d'émotion : « je les aime quand même »	Regrets : « ils n'ont pas essayé de comprendre, de voir ce qui n'allait pas » Sa mère, « à la rigueur, a même pensé que c'était	Manque de compassion, incompréhensions de la part de sa mère et la fratrie qui réactive révolte enfance
	Ressources	Obstacles							
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Sa femme, son frère et sa sœur sont venus : il a pleuré devant eux : beaucoup d'émotion : « je les aime quand même »	Regrets : « ils n'ont pas essayé de comprendre, de voir ce qui n'allait pas » Sa mère, « à la rigueur, a même pensé que c'était							

		Famille : pas essayé de comprendre	du cinéma, pour elle, les gens n'ont pas le droit de <u>faire</u> de la dépression » Pour sa mère, « la tension n'existe pas »	Reconnaissance sociale
	Financières			
	Environnementales	Agréablement surpris par ses collègues qui sont venus en fin de séjour. Content qu'ils soient venus : significatif de : « considération », « d'appréciation »		
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques : non Alimentation, régime... non Est-il suivi? Oui : psychiatre et psychologue : maintenant uniquement psychothérapie Logement : pareil Loisirs Intérêts, hobbies Relations } Pas de changement, pas de temps pour moi AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi : / Relations avec les collègues : BIEN/ Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles: Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: Repris le travail			Insatisfaction : pas de gain
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> Se contente de ce qu'on lui dit, ils vivent avec peu : sa femme radin. Ses beaux parents aiment faire fructifier, et sa mère se contente de peu. Il voudrait reprendre du sport pour se défouler mais tout devient une contrainte, difficile de revenir. Ne peut plus faire de foot (pb pieds) : contrainte corporelle. Vélo : difficile en équipe : n'arrive pas à suite, épuisement <u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> Pour lui, il se trouve « entre 2 : reste ou reste pas. Il se sent encore fragile, il a peur de ne pas être capable. Il est question d'un achat de terrain : ce qui constitue un engagement: angoisse. Il			Contrainte, limitation Effondrement somatique Angoisse engagement Angoisse avenir

	réagit plus qu'avant. Il n'a pas envie de recommencer à déménager <u>Ses attentes</u> « seul, je ferais ce que je veux. Il n'a pas de séparation qu'une seule fois et sa femme a répondu : « si tu veux part ! », provocation, elle se dit qu'il ne va pas le faire	Dépendance affective
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même</u>: un homme faible : « raz le bol que sa femme dicte tout » <u>Ses inquiétudes</u>: / au couple, son avenir <u>Sa compréhension / santé</u>: se pose toujours trop de question. Ressenti permanent de contrainte Son histoire personnelle en fonction de maintenant : rien n'a changé.	Revendication, dévalorisation, image narcissique négative
	<u>Problématique</u> : / anxiété: / troubles ressentis: trop de tension, énervement incontrôlable, envie de tout cassé, de crier	Trop de tension, perte de contrôle
	<u>L'agir</u>: Circonstances : stress, épuisement, énervement Etat émotionnel : incontrôlable Moyen utilisé : destruction par la violence	« explosion » des rétentions émotionnelles Décharge agressivité brutale et explosive.

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Hervé

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart du temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 Un peu plus qu'avant 3 2
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		5
D		11
		16

Évaluation

	CHGR	
	Nom: Abir Age: 29 ans Profession : Doctorante	
Fratrie	Composition familiale: 1 F (+ 9ans), 1S (+7ans) Frère : relais père, relations très intimes, jouaient, parlaient, il offrait beaucoup S : jamais intime F et S repartis en Syrie : son F refuse sa présence quand elle part le rejoindre. S, peu touchée par relations paternelles, vie facile.	
Famille	Relations familiales Père quitte quand 5ans. N'a connu sa mère que dépressive : perte d'un enfant avant sa naissance Retour du père 8ans après (quand 13 ans) : mère acceptée et pardonnée : pas elle 5ans de confrontation entre son père et elle D'origine Syrienne : parents exilés au Maroc, père réfugié dans une autre ville sans donner de ses nouvelles : 8ans après quand ne risquait plus rien pour sa vie, contacte sa mère Le père garde sa distance, silence. Sa mère dépressive qui ne parle pas : elle aurait voulu qu'ils fassent quelque chose. S'est mis à boire et à fumer pour provoquer son père « je suis là ».	Mère dépressive Syndrome d'abandon Cherche valorisation Ambivalence replis/ toute puissance
Ruptures	Evènements marquants - 13ans : retour du père - 18ans : quitte pays, coupée des parents (pays natal parents), sentiment d'abandon, ses parents n'ont jamais cherchés à la joindre depuis 11 ans. Elle rencontre les familles des parents mais est déçue : attente et frustration : comme une étrangère, fait ses études là bas : seule chose qu'elle réussit. - Voyage dans plusieurs pays pour ses études (2fois doctorante)	Quête identitaire Répétition abandon
Relationnel	Scolarité: Seule chose réussie	
	Répercussions pubertaires Très festif, provocatrice envers son père. addictions	
	Relations amoureuse: Vit avec un homme pendant 7ans (Syrie), seul ami intime, remplit fonction père et amour : idéalisation, porte plusieurs rôles/ perte multiple quand il l'a laissé : encore abandonné. Toutes les personnes à qui elle tient l'abandonnent les uns après les autres Dernièrement, TS, 3mois après avoir encore été quittée.	Répétition abandon Dépendance affective
	Sociabilité: Bonne Adaptabilité	Bon relationnel, ouverture vers l'autre. Quête du regard de l'autre
Situation familiale:	Vit seule	

Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: TS avec l'intention de mourir : se rate 2/3 fois Envie de mourir s'est transformée en angoisse : envie de mourir réfléchi, durable : idée fixe	Intention de mettre fin à sa vie Acte réfléchi, idée fixe													
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale: hospitalisation : traitement, suivi, soins														
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Je me dis non à cette vie injuste, je la quitte et donne ma place : ruminations excessives Ses amis sont passés et l'ont trouvé comme ça. Après ils augmentent leurs attentions quand ne l'entendent pas au téléphone : toujours sauvé : réa, soins intensifs, séquelles au foie (500 comprimés : plusieurs pharmacies) Le temps de sa « tournée » des pharmacies, elle se sent apaisée, à midi, elle termine et décide de l'acte le soir. Elle met de coté les comprimés, appelle ses amis de Rennes, demande de se rencontrer dans un bar : pour adieu : apaisement, contente en sachant qu'elle ne va plus souffrir moralement, c'est fini, ce soir ça va s'arrêter. Actuellement Changement : moments d'angoisse répétés dans la journée, plus souvent le WE depuis toujours = repos, vide.	Sentiment d'injustice Apaisement quand décision Angoisse de vide													
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt Fin de thèse : craint la soutenance : aller tout au bout, tout droit vers la fin. Ses études sont sa raison de vivre. Actuellement Je ressens une pulsion qui remonte, de plus en plus intense : je ne trouve pas d'autres moyens pour l'apaiser : pas de mots, pas de parole, je n'y arrive pas, je ne peux pas bouger : ni demander de l'aide, rien que la scarification : pas de mot, pas de parole : n'y arrive plus : scarifications depuis 3mois. Lorsque je me scarifie, je ne sens rien, je n'ai pas mal : je ressens un grand soulagement au contraire, ça m'apaise C'est à ce moment là où je vois le sang qui coule, je le regarde et juste à ce moment là, quand je me sens apaisée : je sens la douleur Et je regrette, j'abîme mon corps : regardez, je n'ose plus mettre des vêtements à manche courtes. J'ai envie de m'en sortir aujourd'hui	Pas d'autre moyen pour s'apaiser que scarification : insensibilisation pendant l'acte, douleurs post-acte après décharge pulsionnelle. Pas mal pendant l'acte : apaisement, mais quand l'angoisse est retombée, elle regrette, elle abîme son corps, envie de s'en sortir aujourd'hui. Juste au moment, apaisée, puis sent la douleur physique et appelle de l'aide.													
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table><tr><td></td><td>Ressources</td><td>Obstacles</td></tr><tr><td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Ses amis, Les gens de l'hôpital Les médecins et infirmiers</td><td>N'aime pas les changements (équipe soignante)</td></tr><tr><td>Financières</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Ses amis, Les gens de l'hôpital Les médecins et infirmiers	N'aime pas les changements (équipe soignante)	Financières						Fonction contenante / cadre Dépendance affective # adaptabilité et angoisse de changement (angoisse de perte)
	Ressources	Obstacles													
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Ses amis, Les gens de l'hôpital Les médecins et infirmiers	N'aime pas les changements (équipe soignante)													
Financières															

	Environnementales	Des amis		
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques : non Alimentation, régime... Est-il suivi? psychiatre Logement = Loisirs Intérêts, Hobbies Relations } Mon angoisse de perdre les gens que j'aime me laisse vigilante, j'aime bien parler, faciliter des recherches intellectuelles AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles : Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: Une fois ma thèse terminée, j'ai déjà des propositions de poste			Dépendance affective Angoisse répétition perte
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> Depuis 11 ans, je suis responsable de ma vie : j'ai tout donné, je n'ai plus de force. Toujours recevoir les choses comme avant, comme avant. Les objectifs me font peur. Obtenir ma thèse et devenir professionnelle, je ne me vois pas. <u>Que désire-t-il pour sa vie présentes et futures:</u> Je vis potentiellement les choses, toujours dans l'attente de quelque chose. Je me vois de l'extérieur, je me vois dans l'autodestruction, je vis l'attente comme une perte de temps. Je culpabilise, les choses se répètent, je n'avance pas. <u>Ses attentes</u> Recommencer à zéro, j'ai un poste déjà prévu en Syrie, Perpignan, Québec, mais ça demande des efforts, de l'énergie.			Projection difficile Dépersonnalisation Déréalisation Compulsion répétition qui fige. Vie professionnelle comme « repartir à zéro », toujours dans le renouvellement dans la même signification que « tout perdu »
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même:</u> je vois bien que je me détruis, mes scarifications font que je suis obligée de garder des manches longues tout le temps. Regardez, ce n'est pas beau à voir. <u>Ses inquiétudes:</u> angoisse <u>Sa compréhension / santé:</u> Son histoire personnelle en fonction de maintenant : angoisse quand l'interne est partie, encore abandonnée, pas le droit de la voir. Et elle n'a pas essayé de me voir non plus.			Autodestruction Dépendance
	<u>Problématique</u> / anxiété: angoisse / troubles ressentis: sidération			
	<u>L'agir:</u> Circonstances : angoisse de perte : séparation Etat émotionnel calme et réfléchi			rupture sentimentale vécue comme une répétition du syndrome d'abandon

	Moyen utilisé ; médicaments	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Abir

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 Changement d'humeur permanant, bonne humeur après scarifications 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		14
D		13
		27

Évaluation

	CHGR	
	Nom: Patrick Age: 48 Profession : ébéniste	Confusion dates Chronologie difficile à reconstruire
Fratrie	Composition familiale: L'ainé de 4 : 2F, 1S 1F et 1S : très indépendant avec de bonnes situations Le 2 ^{ème} F, plus dépendant de sa mère (célibataire et ne s'assume pas)	
Famille	Relations familiales Mère battante, pas anxieuse, habituée à la vie dure depuis a jeunesse. Pas caline. Père décédé à 52 ans : père travaillait à l'extérieur, courageux, plus attentif. 27 ans quand décédé, s'occupait de ses F et S : mère comptait sur lui. Forte demande de la part de sa mère. S bonne situation, voulait tout, tout de suite, a toujours eut ce qu'il n'a jamais obtenu. A 18ans, il doit rembourser ses parents pour sa mobylette, jamais aidé	Mère dure (par la vie) Emprise mère forte Père "courageux" Peu communication Tout axé sur le travail
Ruptures	Evènements marquants - Décès père - Séparation compagnon (10ans vie commune) -	
Relationnel	Scolarité: Amertume : aurait aimé faire des études, choisir son métier. Orientation sur CAP ébénisterie : jamais changé, aime créer mais 32ans de travail en usine menuiserie. Beaucoup créé pour lui et des amis. Assez courageux, connaît beaucoup de monde, fait beaucoup de bricolage	Frustration Dévalorisation
	Répercussions pubertaires Il prend son envol vers 25ans : ouverture sur l'extérieur	Indépendance tardive
	Relations amoureuse: Homosexualité découverte tardivement. 10ans en couple, autres relations, jamais en couple	
	Sociabilité: Du mal à aller vers les gens, difficultés, peur face à la hiérarchie. Son ami l'a aidé à s'ouvrir aux autres. Aime(ait) être entouré de ses amis, faire la fête. De plus en plus dans le repli, dépressif, envie de ne voir personne.	dévalorisation
Situation familiale:	En couple pendant 10ans. Ami assez aisé, belle époque : belle maison, pas de manque d'argent, époque festive Séparé par pression de la famille de son compagnon, pas même milieu, pas acceptation. Séparation mal vécue : vacillement dans sa vie. Amertume, quitté la maison où il s'était beaucoup investi. Beaucoup de temps pour dépasser cette épreuve. Angoisses importantes : sombré un peu dans l'excès de la fête. A contacté le virus du sida	Injustice Rupture difficile Angoisse de mort

Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: mi avril (1an après arrêt du traitement) Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: TS 11 mois d'arrêt (reconduit)	TS : plutôt idéations suicidaires mais parle suicide « dans son intention », comme si le fait de ne pas pouvoir le faire au moment est insupportable et réactive l'angoisse.
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale:	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Maux de tête :jamais avant : picotement au bout des doigts, fourmillement, hypertension Au moment de l'arrêt Face à cette maladie incurable, et comme j'ai vu des amis en mourir, fin de vie amis même maladie dans grande souffrance : j'ai choisi de ne pas suivre le traitement et le temps fera son effet. Pour mourir plus vite, la vie était intolérable. J'avais peur de tout, peur avenir, angoisse de souffrir, angoisse permanente pour maladie. A l'époque, parler du sida est encore tabou, il ne met personne au courant, la maladie est découverte par un ami qui découvre les enveloppes du traitement dans la poubelle (lui-même l'utilisait). J'ai fait peu à peu le vide autour de moi. L'angoisse était de plus en plus importante . J'ai accompagné un ami en fin de vie à l'hôpital, c'était atroce, je ne veux pas en arriver là. Je prenais des cachets pour ne plus être angoissé et pour dormir, je ne voulais plus vivre ça. Le spécialiste, en contact avec des amis demande à ce que je retourne le voir, il me persuade. Lors d'un bilan médical, le médecin lui qu'il est au plus bas et ne donne pas plus de 6 mois à 1an1/2 dans des souffrances terribles. Il sort de la consultation « à demi-conscient », il prend la décision de ne pas rentrer chez lui, il ne savait plus où il était et avec une seule idée en tête : se suicider en sautant du pont à proximité. A ce moment là, il rencontre un ami mais ne peut lui parler et fait un malaise, c'est l'angoisse démesurée de ce moment là qui l'a envoyé aux urgences et sauvé. Il n'avait alors plus de repères : il n'a pas « pu » faire sa TS, « mais aurait pu en mourir », « je sais ce que c'est que de mourir de peur ». j'espère ne jamais revivre ces angoisses là Je ne récupère pas vraiment, je perds mes forces, pourtant, je mange bien chez ma mère.	maladie incurable : replis sur soi/ angoisse autodestruction autopunition angoisse démesurée TS, désemparé après consultation spécialiste : Déréalisation, dépersonnalisation puis s'évanouie : « mourir de peur ». hospitalisation, plus apaisé mais inquiet pour son devenir, hypervigilance pour maintien éveil, amaigrissement, épuisement, hypertension, inquiétude permanente. Refuge chez sa mère : y prend tous ses repas.
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Actuellement Du mal à sortir, envie de revenir (hospitalisation) : 1^{ère} fois : un jour, puis un WE, ... la 1^{ère} fois, je ne sus pas rentré chez moi mais chez ma sœur J'ai mis un mois pour me réhabituer, c'était une phase difficile. J'ai pris l'habitude de manger chez ma mère, je n'ai pas envie de faire à manger. A l'hôpital, les gens comprennent. Le regard à l'extérieur est difficile. En 32ans, je n'ai jamais été arrêté, d'ailleurs, je ne comprenais pas les gens qui s'arrêtaient, je pensais qu'ils s'écoutaient trop. Maintenant je comprends.	Hopital comme fonction contenante

	RESSOURCES ET OBSTACLES			
	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Ressources Plus de soutien au départ par sa sœur. Avant la pensais indifférente à moi. 1 ^{ère} fois qu'il évoque sa perception de rejet. Puis il y a le personnel hospitalier : ils écoutent. Puis l'organisation...	Obstacles	
	Financières			
	Environnementales	Amis et certains patients avec qui il a sympathisé.	Pas de coup de fil de l'entreprise. Frustration, non reconnaissance, injustice. Il n'était pas payé pour ses déplacements, mais les dépannait en allant faire les salons : Angleterre .. Fait le tri de ses amis : certains l'ont déçu, il fait le vide.	
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques non Alimentation, régime... Est-il suivi? Psychiatre et psychologue Logement idem Loisirs Intérêts, hobbies Relations } Je n'ai envie de rien, j'ai du mal à faire les choses AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles : Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: Pour l'instant, je ne suis pas prêt, je n'y pense pas			
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> Je suis confronté à mon devenir, je ne suis plus capable d'assumer certaines tâches par rapport au traitement			

	<u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> Pas de projet : pas retrouvé le gout à la vie Pas d'intérêt excitant, le quotidien m'emmerde <u>Ses attentes</u> Retrouver un équilibre, retrouver la joie de vivre et pas cette fatigue latente Hypervigilance pour se maintenir éveillé. Plus de force musculaire, amaigrissement, épuisement	
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même:</u> Je ne me reconnais pas <u>Ses inquiétudes:</u> La maladie <u>Sa compréhension / santé:</u> Je n'essaie pas de comprendre	
	<u>Problématique :</u> / anxiété: forte / troubles ressentis: comme je vous disais, fatigue, maux de tête...	
	<u>L'agir:</u> Circonstances annonce médicale négative Etat émotionnel angoisse, déréalisation Moyen utilisé : rien « l'intention »	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Patrick

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart du temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		13
D		12
		25

Évaluation

	CHGR	
	Nom: Marie Age: 41ans Profession : aide soignante	
Fratrie	Composition familiale: 3 S : 40, 44, 45	
Famille	Relations familiales Mon père s'occupait beaucoup de nous, j'étais sa préférée : j'ai de bons souvenirs de mon enfance. Ma mère était plus dure, plus derrière nous, à nous pousser. Elle était nerveuse et avait toujours peur qu'il nous arrive quelque chose, on ne pouvait pas sortir. Longtemps, elle nous disait ce que nous devions porter, faire ...	Proche père Mère présente, hyperprotectrice, anxieuse Enfance « classique » Syndrome abandon Emprise maternelle
Ruptures	Evènements marquants - Père décédé en 94 : maladie rénale - GMm décédée un an après le décès du père : maison de retraite où elle était en stage pour son BEP, pleurait la mort de son père - 2006 BPère (janv) réanimation : cancer, coma artificiel ;sentir mal : retour période trauma Depuis qq années, couple BP pb conflictuel : diabète et alcool, BP, bien caché pb alcool - 2006 (mars) : accident mari : tombé d'un toit : fracture et œdème moelle épinière (Ponchaillou puis Beaulieu = travail et enfants à gérer et stage de reconversion (pour elle) début 2007 : surcharge	Traumas maladie Angoisse de perte Trauma Angoisse de mort
Relationnel	Scolarité: Je n'avais pas de facilités à l'époque, j'ai fait un CAP puis un BEP	
	Répercussions pubertaires On n'avait pas intérêt à désobéir, je rouspétais mais ça se terminait là.	
	Relations amoureuse: Dès que j'ai pu, je me suis échappée de chez moi, j'ai rencontré assez rapidement mon mari	
	Sociabilité: J'ai toujours eu des amis	
Situation familiale:	Mariée, 2 filles : 9 et 11 ans	
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: Dirigé par le médecin traitant sur Guillaume Régnier : idéations suicidaires de plus en plus fréquentes, non alimentation.	Idéations suicidaires
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale:	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Hypertension depuis 99, depuis naissance fille, taux sanguin trop élevé, pb cardiaque : bcq d'examen médicaux : se voyait déjà comme son père en dialyse : dégradation fêtes de fin d'année : sa mère était là pour la soutenir : bien. Perte d'appétit Idées noires : souvenirs vécus / père	Dépression Relâchement après retour du conjoint Hypocondrie : angoisse de

	Demande d'hospitalisation : 3 fois aux urgences pour des douleurs abdominales Déclin rapide Dépression : perte de 5kg Amplification par la peur de la maladie : angoisse d'avoir mal, angoisse cancer : je voyais bien que c'était la fin ; Pas de pb par contre aux surrénales Actuellement Bouleversement : mari pas compris. Lui : un mal que se voyait donc compréhensible, j'avais pas le droit de me plaindre Toujours sommeil altéré	la maladie en fonction des traumatismes antérieurs Appel Sentiment d'incompréhension de la part du conjoint (elle l'a soutenu mais à son tour son conjoint ne la soutient pas)												
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt Hospitalisation : sœur infirmière en psychiatrie, elle l'a appelé pour lui donner une lettre avant de partir : lettre de recommandation pour sa famille, protection de sa famille s'il lui arrivait qq chose : rentrait pour y mourir, pensait à la mort tout le temps. C'est sa sœur qui l'a accompagné à l'hôpital A pu communiquer ce mal être : jamais auparavant. Au début, elle n'avait pas de droit d'appeler chez elle, du temps que pour elle, du mal à accepter de laisser sa famille mais plus bonne à rien, ne peut plus assurer, laisse sa mère tout faire. Je me disais : « il faut que tu sois forte et que je résiste à vouloir me tuer », la TS, je ne pensais qu'à ça pour mettre fin à mon calvaire : ce n'est que pour mes enfants que j'ai supporté. » Sa hantise : pas pouvoir se réveiller le lendemain matin. Impression de tituber Pas de cauchemars à part les événements actuels Actuellement Retrouve appétit, dans le service laisse les gens donner le traitement, prend confiance. Plus d'activité : activités manuelles : peinture (on fait attention à elle, on l'aide à faire) : elle réalise qq chose de positif. Après 15 jours, elle a une autorisation de sortie le samedi : envie de faire confiance, évacuer le mal être. Après 3 semaines sortie plus longue pour voir si elle est capable de s'éloigner de la structure et si elle peut retrouver sa place dans la famille. Elle pouvait également avoir la visite de ses filles (dans un salon)	Neurasthénie : sentiment d'affaiblissement Idéations suicidaires Angoisse de mort Reprise autonomisation												
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Son mari, sa famille</td><td></td></tr> <tr> <td>Financières</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Environnementales</td><td>Collègues appellent Liens avec les patients (4), se retrouvaient à la</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Son mari, sa famille		Financières			Environnementales	Collègues appellent Liens avec les patients (4), se retrouvaient à la		Cadre contenant, intersubjectivité
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Son mari, sa famille													
Financières														
Environnementales	Collègues appellent Liens avec les patients (4), se retrouvaient à la													

		même table Conservent les liens les unes avec les autres : elles comprennent ce que je vis		
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques non Alimentation, régime... non Est-il suivi? psychiatre Logement = Loisirs Intérêts, hobbies Relations } Appris goût pour des activités de créations, envie de partager ça avec ses enfants AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles : Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: Je prends mon temps, je ne suis pas encore prête			
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> Reprendre ma place à la maison <u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> Faire une formation d'infirmière, faire autre chose plus valorisant Lassitude du travail Personne âgées : tristesse, là depuis 13 ans, les gens du début s'en vont. <u>Ses attentes</u>			Retour au même Réparation dans l'évolution professionnelle, opportunités pour changer de travail, reprendre une formation
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même:</u> je me croyais forte <u>Ses inquiétudes:</u> j'ai peur que mon mari ne me soutienne pas <u>Sa compréhension / santé:</u> j'ai trop accumulé, à force de m'occuper des autres			Recherche protection, appuis Cherche retour des soins et de l'attention attribués à l'autre
	<u>Problématique :</u> / anxiété: j'ai peur que ça revienne / troubles ressentis: sensations dans ma poitrine ; étreintes			
	<u>L'agir:</u> Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé			

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Marie

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		8
D		6
		14

Évaluation

	CHGR	
	Nom: Christophe Age: 31ans Profession : intérimaire	
Fratrie	Composition familiale: 3 F : +10, +7, +6 Impression avoir 5 parents, trop envahissant, pas moyen d'exister. Ils ont tous réussi, ils sont en couple, ont des enfants et une bonne situation professionnelle.	Le dernier, cohésion des 3 aînés Idéalisation F, dévalorisation
Famille	Relations familiales /mère : le petit dernier, hyperprotectrice, plus d'attention, plus permissive. Bonnes relations mais sans plus. / père : présent, autoritaire, juste. Mais problème de communication Beaucoup de basket haut niveau, en national : il a gagné en coupe du monde en 1970 Parents sont prof de sport. Quand mes frères parlent, ils ont toujours raison, les parents ne parlent qu'à eux, moi, je ne les intéresse pas. Parle pas forcément, leur en veut, pas mal d'aigreur. Impression de culpabiliser très souvent Assez menteur, manipulateur : difficulté pour m'en sortir, me met dans des situations de fermeture et de ruminations	Mère hyperprotectrice, différente / F Idéalisation paternelle dévalorisation
Ruptures	Evènements marquants - Pas mal de malchance : blessures physiques qui mettent en échec ses réussites sportives - Echec professionnel : déçu de son parcours, comme si n'avait pas le droit de faire qq chose de bien - Mes frères sont toujours plus fort que moi, je fais toujours des erreurs et ils en profitent. - De toute façon, tout a changé depuis le jour où un de mes F m'a surpris dans le grenier (lieu de jeu) avec un copain, j'avais 7 ans, on faisait un jeu un peu sexuel, on s'embrassait, et là j'entends quelqu'un monter, je dis à mon copain de se cacher : le 1^{er} de mes F rit, je n'ai jamais su ce qu'ils pensaient, mais ce sentiment me reste toujours dans la gorge et de plus en plus. Une fois mon frère a fait allusion à cette histoire, il y a 6 ans, il pensait que j'étais homosexuel, je n'ai rien su répondre à part : ben, non.	Victimisation Comportement de mise en échec frustration
Relationnel	Scolarité: A part en primaire, pas beaucoup de copain. Du point de vue scolaire : dans la norme, lycée sport études, pensionnaire : adaptation progressive : blessures, entorses qui ont empêché de réussir, ses F, eux ont mieux réussi, on me comparait toujours à eux. J'avais la rage, en terminal, j'ai du me faire opérer d'une mauvaise entorse, période où j'aurais pu m'y mettre à fond, en voulais à un prof ostéo. Tout est parti de là. Après j'étais toujours celui qui était un peu blessé : l'entraîneur : pas de place pour les blessés. Je me suis senti abandonné, dévalorisé, mon image était cassé. Intégration après dans une équipe d'un niveau inférieur à Nantes: pas au niveau où qu'il voulait : pas pu me faire plaisir. Intégré dans une équipe mais on ne parle pas de lui. J'étais toujours à part, parlais pas aux autres. Ma rancœur augmente, je sens que mes frères en profitent pour m'appuyer sur la tête. Après j'ai passé un DEUG math phys et lic phys: déçu par son parcours : raté 2 fois	Recherche place existentielle, impression ne jamais être à la hauteur Sentiment d'injustice, d'impuissance, recherche reconnaissance par réussite sportive Externalise échec

	le CAPES : qq chose d'inachevé, pas de valorisation : intérimaire, des petits boulots, souvent manutentionnaire,, la progression est impossible. Perfectionniste, toujours déçu. Je n'arrive pas à me voir prof : j'en ai envie mais ça me fait peur	
	Répercussions pubertaires	
	Relations amoureuse: J'ai eu peu de copine, je suis actuellement en couple, mais j'ai des doutes, je ne suis pas bien dans la relation, je ne m'y retrouve pas	Insatisfaction
	Sociabilité: J'ai quelques copains, un meilleur ami, mais j'ai l'impression qu'ils ne me comprennent pas.	
Situation familiale:	En couple	
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: J'ai des crises d'angoisse, je peux tomber dans la rue, je me suis retrouvé aux urgences. Angoisse, idéations suicidaires	
	Limitations fonctionnelles: Traitement médicale:	
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt J'ai toujours des douleurs à la cheville, c'est insupportable et ça m'empêche de jouer. Actuellement Renforcement des douleurs dans les chevilles, pour eux, ça n'explique pas tout.	
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt Je remets tout en question en permanence, je reste buté dessus parce que ce n'est pas normal. Personne n'arrive à faire quelque chose de mes douleurs, ma famille ne m'écoute pas, ils rient et pensent que je me plaint trop, ils se moquent de moi. Ils ne comprennent pas que je ne peux pas réussir au basket, je ne peux pas jouer et j'ai toujours mal, je ne peux même pas marcher longtemps. Actuellement J'angoisse dès que je dois rentrer chez mes parents, je pense que je ne vais pas réussir à parler, ils vont encore parler entre eux. Je voudrais leur prouver que je peux réussir. Mes neveux grandissent et j'ai l'impression qu'ils me jugent. J'ai envie de fuir et en même temps j'ai peur de les perdre	Recherche reconnaissance, d'attention. Le corps sert d'excuses pour ses échecs.

	RESSOURCES ET OBSTACLES <table border="1" data-bbox="295 280 1195 714"> <thead> <tr> <th></th><th>Ressources</th><th>Obstacles</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Je vois peu de monde</td><td></td></tr> <tr> <td>Financières</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Environnementales</td><td>J'ai un bon copain</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Je vois peu de monde		Financières			Environnementales	J'ai un bon copain		
	Ressources	Obstacles												
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Je vois peu de monde													
Financières														
Environnementales	J'ai un bon copain													
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: marche longue Problèmes économiques oui-non Alimentation, régime... non Est-il suivi? psychiatre Logement = Loisirs Intérêts, hobbies Relations } Je ne peux pas faire ce que j'ai envie : ni basket, ni courir, ni plongée,... AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi: : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie: / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles : Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: J'essaie de faire des examens médicaux avant, pour trouver de nouvelles perspectives pour mes chevilles.													
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> Je ressasse, de toute façon, je suis restreint, je suis cloîtré chez moi, je n'arrive pas à marcher. <u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> <u>Ses attentes</u>	Isolement par « obligation physique »												
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même:</u> Je n'aime pas mon image <u>Ses inquiétudes:</u> Je ne sais pas ce que je vais pouvoir faire <u>Sa compréhension / santé:</u> Personne ne sais ce que j'ai	Anxiété face à l'avenir												
	<u>Problématique :</u> / anxiété: je suis mal, je ressens l'angoisse	Angoisse : description												

	/ troubles ressentis: je ne sais pas ... de l'angoisse	émotionnelle difficile
	L'agir: Circonstances Etat émotionnel Moyen utilisé	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Christophe

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart du temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout	3 2 1 0	

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé	3 2 1 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		12
D		12
		24

Évaluation

	CHGR	
	Nom: Emilie Age: 25 ans Profession : éducatrice spécialisée	
Fratrie	Composition familiale: 1 frère : de 9 ans son aîné Pas vécu beaucoup avec lui : comme 2 enfants uniques. Se voient de temps en temps, elle aimerait qu'ils soient plus complice, c'est toujours elle qui fait la démarche.	Recherche affective, lien fraternel manquant
Famille	Relations familiales /mère : souvent malade quant elle était enfant. Pas souvent là : hospitalisée pour des interventions abdominales et problèmes de cœur. Mère autoritaire : peu de souvenir de l'enfance. Relations difficiles surtout durant la période adolescente qui a laissé des traces longtemps. Meilleures relations depuis l'hospitalisation. /père : parle peu, il travaillait en 3x8 quand petite et a arrêté quand les hospitalisations de sa mère deviennent plus longues pour la garer. Présent physiquement mais père absent. Aujourd'hui a de meilleure relation avec lui. Souvent tantes – pas de relations privilégiées- ou amis des parents ou son frère qui s'occupaient d'elle durant les hospitalisations. Se souvient : quand elle se faisait disputer, sa mère partait à l'hôpital : on ne lui expliquait pas, elle se sentait très angoissée et très culpabilisée.	Maladie de sa mère : syndrome d'abandon et de perte Carence affective Parents peu présents Plus proche père Conflictuel avec mère
Ruptures	Evènements marquants - Les hospitalisations de sa mère - Les rejets de chez ses parents et de chez son frère	
Relationnel	Scolarité: Peu de souvenir de sa scolarité en primaire. Se souvient de sa chambre toujours bien rangée, elle n'aimait pas jouer toute seule : lisait, faisait des travaux manuels Collège : sa mère travaillait dans le collège et lui mettait beaucoup la pression, elle était « la fille de la secrétaire » : toujours observée dans la cour de l'école. Coupure avec le lycée qui n'est pas dans la même ville : internat, beaucoup de plaisir. En 1 ^{ère} , les relations avec les parents étaient difficiles, ils se s'entendaient pas et lui demandent de partir de la maison. C'est de ma faute, je n'étais pas gentille, dure, ne leur faisais pas de cadeaux, je leur ai fait beaucoup de mal mais je crois que j'ai payé. Après le lycée, les choses ne se sont pas plus gérées	Pas de valorisation Syndrome d'abandon Recherche combler manque affection Rejet famille
	Répercussions pubertaires Très revendicatrice, sortait beaucoup : ses parents ne lui ont jamais pardonné. A l'époque, ils l'ont mise à la porte de chez eux, elle est allée quelque temps vivre chez son frère. J'ai commencé à fumer des joints à cette époque, juste par curiosité, j'avais besoin de voir ce que ça pouvait faire, pour me sentir mieux.	Recherche de sensation addiction
	Relations amoureuse: Après le lycée : fragilisée par la rupture d'avec son ami, elle essaie de se rattraper auprès de ses parents mais lui demande à nouveau de quitter la maison, elle était toute seule et n'allait pas bien, son frère n'a pas voulu l'accueillir.	Rejet familial culpabilité
	Sociabilité: Beaucoup d'amis, très entourée par eux : un groupe avec qui elle joue de la musique.	

Situation familiale:	Célibataire. Vient de vivre à nouveau une rupture d'avec son ami avec qui elle a vécu 3 ans : ne supporte pas de vivre seule : encore abandonnée.	Dépendance affective							
Situation actuelle	Arrêt de travail depuis le: Qu'est ce qui a généré l'arrêt de travail: idéations suicidaires, dépression : hospitalisation après TS								
	Limitations fonctionnelles: dépression Traitement médicale: effexor, norzet, alprazolam								
	Physique: limitations physiques, différentes positions A l'effort, l'équilibre, respiration, fatigue, autre Au moment de l'arrêt Angoisse, mal au ventre « mal qui ronge, comme "un truc" vivant dans le ventre qui ne veut pas partir, idées noires, moins entourée de ses amis, replis Fatigue intense Insomnie Contractures musculaires Actuellement Se sent encore fatiguée et fatigable								
	Psychologique: raisonnement sur la qualité de vie Etat émotif, par rapport à la maladie, par rapport à la situation de vie, par rapport à l'état d'invalidité, problèmes associés, sommeil Au moment de l'arrêt Séparation entraîne un sentiment d'échec et de perte également relationnelle. Ses parents apprécient son ami « courtois », son ami se met toujours du coté des parents. Ses amis de Rennes l'apprécient mais elle reste « l'amie de ... ». La sensation de vide augmentait et l'angoisse aussi, impression de ne pas pouvoir trouver « de refuge ». Angoisse de solitude, renvoie encore à de l'instabilité. Ressasse beaucoup, triste A senti son père protecteur, compréhensif (rare), il dit qu'il l'aidera quoiqu'il arrive, pas grave si elle doit déménager, ils l'aideront financièrement. Tandis que sa mère ne savait pas quoi dire, elle est restée sur des choses matérielles : son appartement, sa voiture (où la garer durant l'hospitalisation) ... Actuellement Le bénéfice finalement c'est de sentir mon père plus proche, m'écoute, j'espère qu'en sortant, il sera toujours pareil. Je me sens plus apaisée	Angoisse de perte Effondrement psychique Idéations suicidaires Alexithymie Difficulté à évoquer ou exprimer ses ressentis, ses émotions Bénéfice : père : communication changement +, protecteur							
	RESSOURCES ET OBSTACLES <table><tr><td></td><td>Ressources</td><td>Obstacles</td></tr><tr><td>Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)</td><td>Présence des parents, elle a pu renouer les liens. Visite du frère. Parle plus librement. Le psychiatre leur a expliqué et j'ai senti ma mère plus à prévenate et</td><td>Son frère est choqué par l'hôpital, il ne veut pas en parler</td></tr></table>			Ressources	Obstacles	Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Présence des parents, elle a pu renouer les liens. Visite du frère. Parle plus librement. Le psychiatre leur a expliqué et j'ai senti ma mère plus à prévenate et	Son frère est choqué par l'hôpital, il ne veut pas en parler	L'hospitalisation lui a permis de retrouver un peu de compréhension et de se rassurer des sentiments de sa famille envers elle
	Ressources	Obstacles							
Familiales (situation familiale, réaction de la famille, problèmes particuliers, attitude générale)	Présence des parents, elle a pu renouer les liens. Visite du frère. Parle plus librement. Le psychiatre leur a expliqué et j'ai senti ma mère plus à prévenate et	Son frère est choqué par l'hôpital, il ne veut pas en parler							

		mon père plus protecteur		
	Financières		Ne s'en occupe pas trop pour l'instant	
	Environnementales	Amis présents, soutiens. Ex-ami l'a appelé et est venu la voir		
	CONDITION, VIE QUOTIDIENNE Problèmes de déplacement: non Problèmes économiques : après séparation devra changer d'appartement, CDD temps partiels .. ; actuellement on vit chacun notre tour dans l'appart et sinon on se fait héberger chez des amis : je n'aime pas trop ça, j'ai l'impression de m'imposer et ça me rappelle les périodes où ma famille ne voulait plus de moi, ou je rentre chez ma famille, c'est trop difficile d'être obligé d'être ensemble sans l'être vraiment. Et on est obligé d'attendre la fin de notre préavis. Au moins ici, je n'ai pas à m'en préoccuper et on s'occupe de moi, j'ai l'impression d'exister Alimentation, régime... non Est-il suivi? psychiatre Logement va changer Loisirs Intérêts, hobbies Relations Parfois sentiment d'être décalée, comme inadaptée et rejetante, plus grand chose à raconter, perte de vitesse, de dynamisme d'envie de faire des choses. AU NIVEAU DU TRAVAIL <u>Satisfaction au travail</u> / Désir de retour à l'emploi : / Relations avec les collègues : / Le sens du travail dans la vie : / Evaluation personnelle de ses capacités par rapport à ses tâches habituelles : Problèmes particuliers à l'emploi / Les capacités actuelles / Ses intérêts personnels face à l'emploi: Je ne sais pas si j'ai envie d'y retourner, le CDD est presque terminé			Bénéfice hospitalisation comme lieu d'hébergement
	Aspiration(s) personnelle(s) et changement(s) souhaité(s) <u>Objectif de vie personnelle et professionnelle à court et long terme?</u> N'arrive pas à se projeter. Tout ce qui lui permettait d'avancer est effacé : tout à refaire. N'arrive pas à savoir ce qu'elle veut de sa vie <u>Que désire t-il pour sa vie présentes et futures:</u> Je ne me sens pas bien dans mon travail, j'aimerais peut-être faire un travail plus manuel comme la menuiserie, j'aime les loisirs créatifs et j'ai souvent travaillé le bois avec mon père c'est ce qui nous rapprochait. <u>Ses attentes</u> Que quelque chose change dans ma vie			Projection « en suspend » Le doute remplit sa vie générant une instabilité des choix professionnels
	AU NIVEAU PERSONNEL <u>Perception de lui-même:</u> je ne sais pas, comme je l'ai dit j'ai l'impression d'être décalée <u>Ses inquiétudes:</u> angoisse de la solitude, angoisse de perte <u>Sa compréhension / santé:</u> sentiment de limitation, de fragilité, impression de stagner			

	<u>Problématique :</u> / anxiété: le me sens angoissée / troubles ressentis: c'est difficile à expliquer	
	<u>L'agir:</u> Circonstances : je ne supportait plus la solitude et l'angoisse, la peur. Quand j'ai pris la décision ça m'a fait du bien : on devrait toujours vivre comme si le lendemain n'existait pas. Etat émotionnel : perception de vide, de quelque chose qui s'arrache, oppression Moyen utilisé : médicaments	

Auto-questionnaire **HADS** de **Zigmond et Snaith** (1983)

Nom: Emilie

		A	D
1. Je me sens tendu ou énervé	La plupart de temps Très souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0	
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui tout à fait Pas autant Un peu seulement Presque pas du tout		0 1 2 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui très nettement Oui mais ce n'est pas trop grave Un peu mais ça ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0	
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé Plus autant maintenant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		0 1 2 3
5. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent De temps en temps Parfois	3 2 1 0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais Pas souvent Parfois La plupart du temps		3 2 1 0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	Oui En général Pas souvent Jamais	0 1 2 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours Très souvent Parfois Pas du tout		3 2 1 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais Parfois Assez souvent Très souvent	0 1 2 3	
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais Il se peut que je n'y fasse pas autant attention J'y prête autant attention que par le passé		3 2 1 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui beaucoup Assez Pas beaucoup Jamais	3 2 1 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais	0 1 2 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais	3 2 1 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Souvent Parfois Peu souvent Rarement	0 1 2 3
A		7
D		13
		20

PASSAGE A L'ACTE ET ANGOISSE PAROXYSTIQUE

La recherche repose sur le rôle primordial de l'angoisse dans le mouvement de la crise. Les différents processus pulsionnels donnent lieu à la constitution du concept d'angoisse paroxystique.

Celui-ci s'extraie de l'analyse d'une expression d'angoisse non déterminée dans un syndrome spécifique et significative de l'impact du débordement agressif de la pulsion d'autodestruction.

L'introduction du concept d'angoisse paroxystique est élaborée, d'un point de vue métapsychologique, tant dans son versant quantitatif que qualitatif. Il rend compte, d'une décharge pulsionnelle violente: un agir indiquant la singularité d'une angoisse a-structurelle, une désorganisation psychique mortifère. Son retentissement est d'abord abordé sous son aspect comportemental, une mise en acte pulsionnelle: un agir connexité entre l'acting out et le passage à l'acte puis orienté vers la crise suicidaire introduisant un « recours à l'acte ». Par la suite sous son aspect somatique : persistance de la souffrance psychique envisagée dans les symptômes corporels. Et enfin, le sens d'une progression autodestructrice dévoilant une violence interne est précisé et permet de différencier l'agressivité de la destructivité et de soulever la problématique narcissique.

L'expérimentation fournit un éclaircissement sur le fonctionnement psychopathologique et sur le mode résolutif de l'acte, se déploie vers des problématiques liées à la dépendance affective, à l'addiction, précise le rôle de l'intersubjectivité et soulève des opportunités conceptuelles intéressantes.

Mots clés :

Angoisse, déliaison, pulsion de mort, crise, autodestruction, agressivité, destructivité

PASSAGE IN THE ACT AND ANGUISHED PAROXYSTIC

The research is based on the fundamental function of anguish in the movement of the crisis. The different drives process gives rise to the concept of paroxystic anguish.

This concept is extracted from the expression of an indeterminate anguish in a specific and significant syndrome of the impact of an aggressive excess of the drive of self-destruction.

The introduction of the concept of paroxystic anguish is elaborated from a métapsychologique viewpoint in its quantitative and qualitative side. This Paroxysmal anguish concept corresponds to a violent impulsive discharge: an act indicating the particularity of a no structural anguish and a fatal psychological disorder.

Its effect is firstly treated as a behavioural aspect, an impulsive acting: connectedness acting between acting out and the passage in the act and oriented afterwards to the suicidal crisis bringing in a " appeal to the act ". Subsequently under its somatic aspect: persistence of psychological suffering considered in corporeal symptoms. Finally the meaning of self-destruction evolution revealing an inner violence is specified and this allows making a difference between the aggressiveness and destructivity underlining then the narcissistic problematic.

Experiments give an explanation about the psychopathological process and the resolving way of acting. Experiments display towards the problems related with emotional dependency, with addiction, explicit the intersubjectivity role and rise up interesting conceptual opportunities.

KEY WORDS :

Anguish, déliaison, death drive, crisis, self destruction, aggressiveness, destructivity